prof. dr. IOLANDA MITROFAN

PSIHOTERAPIE

(REPERE TEORETICE, METODOLOGICE ŞI APLICATIVE)



Editura SPER
Colecţia „ALMA MATER"
Bucureşti, 2008

Carte editată de SPER CONS EDIT

Editura SPER – acreditată de Consiliul Național al Cercetării Științifice din Învățământul Superior (CNCSIS)
ISBN 978-973-8383-38-8

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

MITROFAN, IOLANDA
Psihoterapie : (repere teoretice, metodologice și aplicative) / Iolanda Mitrofan. - București : Editura SPER, 2008
Bibliogr.
ISBN 978-973-8383-38-8

615.851

Difuzare – Editura SPER – SPER CONS EDIT
Bd. Chișinău nr. 12, sector 2, București
Tel/fax 031.104.35.18; 021.628.10.52; 0722.508.098
0726.010.491 (Manuela Vintilă, coordonator difuzare carte)
E-mail: sperpsi@gmail.com
Tehnoredactare și copertă: Mădălina Voicu

Cuprins

Introducere

De la bun început facem precizarea că actualul tratat şi suport de curs are ca scop familiarizarea studenţilor sau aspiranţilor în practica psihologiei şi a psihoterapiei cu câteva noţiuni introductive privind bazele conceptuale, metodologice şi aplicative ale domeniului psihoterapiilor.

Scopul acestei lucrări este familiarizarea cititorului cu conţinutul activităţii de **psihoterapie şi de consiliere,** precum şi cu reperele obligatorii ale **formării psihoterapeutului şi consilierului ca persoană şi ca profesionist.**

Ni s-a părut important să facem o serie de delimitări conceptuale privind tipurile de psihoterapie, competenţele necesare şi aplicaţiile ei directe, precum şi asupra diferenţelor şi interferenţelor dintre consiliere şi psihoterapie – **două discipline strâns conectate teoretico-metodologic.** De aceea referirile conceptuale şi aplicative din această lucrare acoperă ambele domenii, aflate într-o relaţie profesională de subsumare şi formare progresivă. Deşi orice psihoterapeut include competenţele unui consilier psihologic, nu toţi consilierii sunt automat şi terapeuţi, dar dacă demersul lor formativ, cunoştinţele în domeniul clinic, interesul vocaţional şi aptitudinile îi conduc într-acolo, desigur vor putea fi şi terapeuţi, în condiţiile unei practici adecvate şi specializării pe anumite domenii de asistare.

Mult mai importantă însă considerăm că este informarea asupra abilităţilor comunicaţionale, emoţionale şi comportamentale pentru munca de acest tip, care ţin de **dezvoltarea şi analiza personală, de formarea propriu-zisă pentru practicarea cu succes şi competenţă a acestei profesii, indiferent de orientarea teoretică şi metodologică la care aderă terapeutul** (psihodinamică, experienţială, comportamental-cognitivă, holistică sau integrativă).

Cunoştinţele în domeniu sunt transformate în elemente utile numai în măsura în care sunt transformate în capacităţi şi competenţe personale de contact şi de dialog terapeutic autentic, mediate de o „prezenţă terapeutică" disponibilă, echilibrată, matură, responsabilă şi creativă.

Pentru deschiderea orizontului informării în domeniu ne-am străduit să valorificăm o parte a preocupărilor noastre în principalele domenii aplicative ale consilierii şi psihoterapiei adultului, copilului, cuplului, familiei şi grupurilor. Am găsit de cuviinţă să readucem în atenţia cititorului specificul intervenţiei şi procesului psihoterapeutic în domenii aplicative de mare actualitate, cum ar fi psihotraumatologia, confruntarea cu problematica morţii şi a bolilor cu prognostic rezervat, toxicodependenţa, asistarea comportamentului suicidar şi abuziv, a tulburărilor emoţionale şi comportamentale ale copilului şi familiei,

precum şi a perturbărilor interacţionale ale cuplului şi familiei. Psihoterapia, mai mult decât oricând, se extinde astăzi din domeniul clinic în comunitate, interferând cu dezvoltarea personală, cu consilierea preventivă şi cu cea centrată pe problemă existenţială. Centrul de greutate al intervenţiilor aplicative psihologice pe linia sănătăţii pare să se comute din ce în ce mai consistent de la asistenţa *intramuros* la cea *extramuros,* asigurând continuumul firesc al integrării persoanelor în familie, în comunitate, în fluxul modificărilor imprevizibile ale vieţii cotidiene şi ale mediului, el însuşi adânc şi pe termen nedefinit perturbat. Noi probleme de mediu, noi probleme sociale, noi provocări la adaptare, dezvoltare şi supravieţuire... Aceste modificări circumscriu aria tematică şi obiectivele actuale ale psihoterapiilor şi consilierii psihologice.

Metodele şi tehnicile psihoterapeutice, chiar dacă îşi păstrează o anumită specificitate la nivelul conceptelor şi teoriilor care le infuzează, tind la integrativitate şi unificare, adaptându-se marilor provocări ale fiinţei umane, în fiecare perioadă de evoluţie, în contextul transformărilor socio-economice, ideologice, valorice, culturale, spirituale şi de mediu. Graniţele între intervenţiile preventive, curative şi de reinserţie socială, în contextul schimbător al evenimentelor cotidiene, sunt şi ele, în mod natural, din ce în ce mai fluide. Raportul şi echilibrul fragil dintre sănătate şi boală creează un continuum al devenirii, o experienţă dinamică plină de sens, care ne provoacă la cunoaştere, evoluţie şi transformare. Aceasta face ca psihoterapiile, consilierea psihologică şi dezvoltarea personală să-şi articuleze armonios, consonant obiectivele şi acţiunile, nu doar între ele, ci mai ales cu cele ale domeniilor medicale, pe de o parte, şi cu cele ale politicilor sociale şi educaţionale, pe de alta.

Din perspectiva acestor convingeri am construit şi rescris această carte, sintetizând şi selectând acele cunoştinţe teoretice şi aplicative care să confere sens înţelegerii sarcinilor, specificului şi rostului domeniului psihoterapiei în societatea contemporană, pentru cei care aleg şi pot să se dedice specializării profesionale în acest tip de ofertă de ajutor.

Conceptele, teoriile, autorii şi precizările metodologice sintetice incluse în carte sunt doar **puncte de plecare** într-un studiu mai aprofundat, pentru cei interesaţi direct de acest domeniu. Nu am dorit să sărăcim problematica vastă a psihoterapiilor prin schematizări excesive, ci doar să ancorăm cititorul într-o atitudine de explorare, reflexie şi aprofundare ulterioară, oferindu-i şansa de a-şi alege pe cont propriu sursele teoretice fundamentale, care au configurat şi reconfigurează continuu istoria vie a psihoterapiilor.

Un alt obiectiv este cunoaşterea şi respectarea câtorva repere ale cadrului etic şi deontologic al desfăşurării muncii de consilier şi psihoterapeut.

Conţinutul cărţii a valorificat unele dintre lucrările mele anterioare, precum şi unele dintre contribuţiile colaboratorilor mei apropiaţi în cadrul unor

volume pe care le-am coordonat sau pe care le-am scris în coautorat. Le mulțumesc pentru munca lor minuțioasă, de-a lungul multor ani de formare, în care, „crescând împreună", am avut onoarea și bucuria de a-i fi însoțit, ghidat, contaminat, stimulat sau confirmat în progresele și efortul devenirii lor ca profesioniști dedicați unui scop comun. Acest scop este promovarea, practicarea și transformarea psihoterapiei într-o ofertă realistă și creativă, centrată pe receptivitatea și nevoile celor în dificultate sau ale celor care tind la un nivel mai extins de conștiință, de înțelegere și autosprijin, de dezvoltare umană în general.

Datorez mulțumiri speciale **Ioanei Stancu**, pentru contribuțiile ei consistente, citate și preluate cu acordul său din propria lucrare, *Mic tratat de consiliere psihologică și școlară*, Editura SPER, 2005.

Am utilizat, de asemenea, unele fragmente sau părți revizuite și adăugite din câteva cărți epuizate, scrise de mine în colaborare cu **Adrian Nuță** (Iolanda Mitrofan, Adrian Nuță, *Consilierea psihologică. Cine, ce și cum?*, Editura SPER, 2005), **Doru Buzducea** (Iolanda Mitrofan, Doru Buzducea, *Psihologia pierderii și terapia durerii*, Editura Albedo, 1999, ediția a doua, Editura SPER, 2002), **Cristian Ciupercă** (Iolanda Mitrofan, Cristian Ciupercă, *Psihologia și terapia cuplului*, Editura SPER, 2002), **Elena Otilia Vladislav** (Iolanda Mitrofan, coord., *Psihopatologia, psihoterapia și consilierea copilului*, Editura SPER, 2001), **Ioana Niculae (Stancu)**, **Cristina Denisa Godeanu (Stoica)** și **Seramis Sas** (Iolanda Mitrofan, coord., *Terapia toxicodependenței, posibilități și limite*, Editura SPER, 2003). Câteva elemente privind tehnicile de relaxare și două exerciții meditative originale aparținând lui **Cătălin Nedelcea** au fost citate și revalorificate astfel din cartea sa în coautorat cu **Paula Dumitru** – *Optimizarea comportamentului profesional. Între educație și psihoterapie*, Editura SPER, 1999.

O contribuție semnificativă în redactarea laborioasă, responsabilă și consumatoare de multă energie și dăruire îi revine **Mădălinei Voicu**, pentru care mulțumirile nu sunt îndeajuns și pe măsura efortului său real.

Tuturor le sunt recunoscătoare pentru colaborarea fructuoasă în slujirea nevoilor de dezvoltare și promovare a psihoterapiei, consilierii și optimizării umane, ca și în sprijinirea procesului educațional universitar și postuniversitar de formare a specialiștilor în domeniu.

Prof. dr. Iolanda Mitrofan
Noiembrie, 2007

CAPITOLUL I

Concepte-cheie: Psihoterapie, Consiliere, Dezvoltare personală

Adesea, în vorbirea curentă cuvintele *„consiliere"* şi *„psihoterapie"* se confundă. De această confuzie nu scapă, uneori, nici măcar specialiştii. Aceasta pentru că nici în literatura de specialitate nu s-a ajuns la o distincţie clară între cele două domenii de activitate, ele rămânând interconectate şi fluide, de la caz la caz şi de la o etapă la alta a evoluţiei unei persoane, a unui cuplu, a unei familii, a unui grup sau organizaţii.

Cât despre *„dezvoltarea personală"*, ea acoperă o sferă mai largă de beneficiari, motivaţi să se autodepăşească sau să-şi împlinească viaţa, performând în relaţiile lor cu sine şi cu alţii, cu cariera sau cu mediul. În zilele noastre, dezvoltarea personală a devenit ingredientul sau condiţia necesară a prezervării sănătăţii, competenţei şi bunăstării în majoritatea domeniilor vieţii, fiind un fel de „terapie pentru normali". Problemele existenţiale de tot felul, stresul şi riscurile vieţii moderne reclamă tot mai frecvent practica dezvoltării personale, individual, dar mai ales în grup, iar pentru profesioniştii în domenii socio-umane, cum ar fi şi terapeuţii, este chiar o componentă importantă a formării şi a competenţei lor.

• Cui se adresează şi cine sunt beneficiarii celor trei tipuri de activităţi înrudite?

Există trei categorii de beneficiari ai intervenţiilor de consiliere, psihoterapie şi dezvoltare personală (optimizare umană):

- indivizi;
- cupluri şi familii;
- grupuri, organizaţii şi colectivităţi.

Pentru consilierii şi moderatorii sau trainerii de dezvoltare personală în grup, beneficiarii se numesc de obicei **„clienţi"** (termen utilizat mai ales de părintele terapiei nondirective sau „terapiei centrată pe client" – Carl Rogers).

Psihoterapeuţii se adresează mai curând **„pacienţilor"**, adică persoanelor care se confruntă cu starea de boală, de orice tip, sau, prin extensie, relaţiilor interumane patogene, disfuncţionale, maladive.

Obiectivul general al psihoterapiei este asistarea şi depăşirea impasului existenţial de toate tipurile, creat de confruntarea cu pierderile, relaţiile perturbate şi evenimentele traumatizante, afecţiunile somatice, psihice şi psihosomatice, accidentele şi situaţiile-limită, modificările de mediu cu impact catastrofal, confruntările şi discriminările sociale, economice, politice şi religioase etc.

De aceea, vorbim nu doar de **terapii individuale, ci şi de terapii de cuplu, de familie, de grup şi chiar organizaţionale sau colective (sociale).**

Cu cât lumea în care trăim manifestă mai multe „simptome" de „maladie socială", intrând sub spectrul psihopatologiei sociale, cu atât şi nevoia de psihoterapeuţi comunitari creşte. Nucleul celor mai profunde perurbări şi **disfuncţii interpersonale** îl constituie însă cuplul, relaţiile parteneriale şi de familie, precum şi relaţiile inter- şi transgeneraţionale. Ele translatează în spaţiul social, în forme directe sau subtile, afectând, întreţinând sau agravând dinamicile de grup şi colective.

• Puncte comune şi diferenţiatoare între psihoterapie, consiliere şi dezvoltare personală

C.H. Petterson (apud. Gh. Tomşa, 1999; Ioana Stancu, 2005), sistematizează asemănările şi deosebirile dintre consiliere şi psihoterapie după patru criterii:

1. gradul de severitate al tulburării clientului.

Conform acestui criteriu, consilierea psihologică este indicată în cazul unor tulburări minore ale personalităţii – normali care se confruntă cu diverse probleme şi au un dezechilibru uşor al edificiului personalităţii. Psihoterapia este o intervenţie indicată pentru afecţiuni majore ale personalităţii (nevroze, psihoze sau psihopatii). Punctul slab şi depăşit actualmente este că nu se face o demarcaţie corectă între tulburare minoră şi majoră. În plus, indicaţiile psihoterapiei sunt relativ reduse în psihoze, în cazul cărora tratamentul chimioterapeutic este prioritar, obligatoriu şi adesea unic, chiar dacă în unele cazuri asocierea lui cu psihoterapia resocializatoare şi de familie poate fi benefică. În ceea ce priveşte utilitatea psihoterapiilor în tulburările psihopatice ale personalităţii, indicaţia psihoterapiilor este rezervată, efectele înregistrate fiind foarte discrete, minore, fluctuante sau pur şi simplu inexistente.

2. natura problemelor clientului.

Consilierea este recomandată pentru problemele *interpersonale* care pot fi rezolvate prin luarea unor decizii în mai profundă concordanţă cu nevoile şi motivele personale, iar psihoterapia este activitatea de elecţie pentru problemele *intrapersonale*, care ţin de structura personalităţii (trăiri afective,

atitudini, convingeri personale, ideal de viață etc.). După acest criteriu se poate înțelege că sfera cognitivă ar fi subordonată consilierii, iar cea afectivă, cu tulburările aferente, psihoterapiei. Însă, cum personalitatea este un tot, este dificil să separi cognitivul de afectiv, amintirile, cunoștințele și informațiile de trăirile afective.

3. scopurile consilierii și psihoterapiei.

Scopul consilierii: **folosirea mai eficientă a resurselor personale.**

Scopul psihoterapiei: **restructurarea personalității.**

Cele două aspecte se completează reciproc, în sensul că o utilizare mai eficientă a disponibilităților și resurselor presupune și o modificare a personalității (chiar dacă nu profundă), iar restructurarea personalității conduce firesc și la o mai corectă și economică utilizare a resurselor interne, așa încât este destul de greu să le separi.

În propria mea metodă, cunoscută sub numele de Terapia Unificării (Iolanda Mitrofan, 2004), cele două scopuri se articulează astfel încât primul scop devine instrument de realizare al celui de-al doilea, iar dinamica restructurării potențează și redirecționează resurse blocate sau necunoscute, în mod creativ și autotransformator. Aceasta pare să conducă și la o unificare metodologică a celor trei concepte, relativ artificial separate, raportate la evoluția ființei umane și a propriului ei scenariu de viață. *Psihoterapia și consilierea sunt astfel absorbite într-un unic proces de dezvoltare personală și autotransformare*, cu nuanțări, accente și redirecționări creativ-evolutive, de la o etapă la alta a vieții, de la un context de evenimente la altul.

În consecință, **scopul în dezvoltarea personală (D.P.)** este: armonizarea și unificarea Eu-Sine, optimizarea și autotransformarea creatoare, maturizarea psiho-spirituală a persoanei în dinamica sa evolutivă. Indicatorii realizării sale sunt: conștientizare extinsă de sine, potențarea propriilor capacități evolutive, redimensionarea, integrarea și redirecționarea responsabilă și eficientă a propriului scenariu de viață și a dinamicilor evolutive relaționale și colective.

4. metodele și tehnicile utilizate.

Conform criteriului în cauză nu există diferențe majore între cele două activități psihologice, *metodele și tehnicile fiind practic comune psihoterapiei și consilierii*. Ele se reîntâlnesc și se îmbogățesc pe terenul practicilor de *dezvoltare personală*, indiferent de orientarea teoretică la care aderă terapeutul sau consilierul care le susține.

Metodele sunt structurate pe etape și pași terapeutici, fiind fundamentate de o teorie asupra personalității și de o anumită filozofie de viață exprimată într-o ***orientare terapeutică*** *specifică:*

- *psihanalitică*
- *comportamental-cognitivă*
- *umanist-experiențială*
- *holistică, integrativă și transpersonală*

Alte precizări comparative între C. și P. sunt avansate și de alți autori, în consens cu cele mai sus menționate:

- **Irina Holdevici** definește consilierea psihologică ca un proces intensiv de acordare a asistenței psihologice pentru persoanele **normale** care doresc să-și atingă obiectivele și să funcționeze mai eficient, iar psihoterapia ca pe un demers mai complex de tratament psihologic centrat pe reducerea unor **simptome** sau **comportamente disfuncționale sau pe reechilibrarea și restructurarea personalității** (1996, p. 205).
- **M. Golu** (1993) precizează că, deși cele două tipuri de activități se îmbină organic, ele se aseamănă și se deosebesc după trei criterii: finalitate, adresabilitate, metodologie.

Cu privire la **finalitate**, ambele urmăresc să ajute persoanele aflate în dificultate, bazându-se pe stabilirea unei relații terapeutice între cel care solicită asistența și cel care o acordă.

Menționăm că **relația terapeutică**, în toate cele trei forme de asistare psihologică, este o **relație psihologică de tip contractual** care poate fi diferită, particularizată, în funcție de orientarea metodologică a terapeutului:

a. de tip transferențial (în psihanaliză, echivalentă simbolic relației părinte-copil);
b. de tip educațional (în terapiile comportamental-cognitive, echivalentă relației profesor/expert-elev);
c. de tip creativ, mutual responsabil și reconstructiv (în terapiile umanist-experiențiale și în dezvoltarea personală experiențială, potențând procesele de „creștere împreună"; este o relație de tip adult-adult).

Cu privire la **adresabilitate**, consilierea se adresează unei structuri de suprafață a personalității, mai evidente și mai ușor controlabile conștient, pe când psihoterapia vizează adâncurile psihicului, inconștientul cu conflictele sale refulate, recomandându-se persoanelor cu tulburări psihocomportamentale mai severe.

Cu privire la **metodologie**, ambele folosesc metode și tehnici comune, dominant verbale, dar psihoterapia și dezvoltarea personală includ o multitudine de tehnici nonverbale, expresiv-creative și corporale, psihosomatice, având coordonate metodologice mai riguros elaborate și mai sofisticate. Consilierea are un caracter ceva mai liber, oarecum situațional, centrată fiind pe

„problemă" şi utilizând predominant sau exclusiv dialogul de clarificare, suport şi angajare a clientului în rezolvarea şi integrarea propriei probleme de „acum şi aici", din contextul său existenţial sau situaţional de viaţă.

- **Etapele metodologice ale procesului psihoterapeutic**

Etapele metodologice ale unui proces terapeutic, indiferent de orientarea teoretică pe care s-a construit metoda respectivă sunt aceleaşi. Le vom detalia în continuare, aducând precizări ce ţin de propria noastră viziune, concepţie şi practică personală, centrată pe metoda unificatoare, reconstitutivă şi restructurativă:

- **evaluarea cazului** (sau a sistemului relaţional perturbat). În cazul pacienţilor orientaţi de către sau către serviciile medicale, documentarea completă diagnostică, prognostică şi asupra planului terapeutic în echipă este obligatorie pentru o intervenţie complexă şi asociată cu efecte de potenţare mutuală prin mijloace complementare, în beneficiul pacientului şi al familiei sale. Cel mai frecvent chimioterapia, psihoterapia şi medicina alternativă sau complementară, bine articulate şi nuanţate după receptivitatea şi nevoile cazului, cooperează cu efecte mult mai bune în evoluţia acestuia. Lucrul asociat în echipă este recomandabil în condiţiile respectului limitelor de competenţă ale specialiştilor care asistă acelaşi caz (medic, psiholog, psihoterapeut);
- **alianţa terapeutică** (inclusiv „contractul" psihologic de asistare şi lucru împreună dintre terapeut şi beneficiar(i), motivarea şi complianţa în terapie, informarea asupra regulilor de confidenţialitate şi colaborare terapeutică din perspectiva codului etic şi deontologic al activităţilor de consiliere şi psihoterapie);
- **stabilirea obiectivelor terapiei** (sau consilierii), din perspectiva clientului, din perspectiva terapeutului şi precizarea obiectivelor comune, precum şi a modalităţilor-cadru de lucru (ritmicitatea şi durata întâlnirilor, alte reguli ce ţin de specificul metodei în implicarea beneficiarului, drepturile şi obligaţiile autoasumate ale ambilor). Se asigură complianţa la tratamentul medicamentos sau alternativ asociat, dacă pacientul beneficiază de tratament recuperator în echipă terapeutică, în special în cazul pacienţilor internaţi sau sub tratament chimioterapeutic sau, alternativ, în ambulatoriu;
- **derularea programului psihoterapeutic**, orientat şi individualizat, după caz, nevoile şi receptivitatea clientului(ţilor). Se au în vedere:

dinamica răspunsurilor terapeutice, ariile tematice şi simptomatologice, mecanismele defensive, rezistențele manifestate, capacitățile compensatorii, nivelul de activare al resurselor, modificările emoționale, cognitive şi comportamentale, în dinamica lor, indicii de progres şi evaluarea lor împreună cu clientul, integrările şi autocontrolul dobândite, conştientizate şi exersate de acesta pe parcursul terapiei, imaginea de sine şi dinamica relațională; această **etapă de mijloc a procesului terapeutic include**, în **viziunea terapiei unificării** pe care o practic, câțiva **paşi semnificativi**: 1. provocarea şi reconstituirea experiențelor traumatizante prin modalități simbolice de expresie şi dramaterapeutice; 2. explorarea şi analiza trăirilor, gândurilor şi comportamentelor asociate experiențelor anterioare readuse în prezent; schimbarea perspectivei asupra experiențelor blocante prin insigt-uri succesive (pe baza reexperimentării „acum şi aici" prin tehnici specifice – joc de rol, metapoziții, tehnica scaunului gol etc.); 3. integrarea treptată, din perspectiva prezentului, a experiențelor perceptuale, afective şi cognitive anterioare şi a mecanismelor autoblocante, prin conştientizare extinsă şi resemnificare (un nou nivel de conştientizare al Eu-lui); 4. activarea spontană a resurselor autocreative şi echilibrante, ca efect al resemnificării şi travaliilor de iertare, separare, acceptare şi reinvestire afectiv-spirituală a relațiilor cu sine, cu alții şi cu lumea; 5. recanalizarea şi reinvestirea resurselor conştientizate (energie, informații, capacități creatoare) în noi direcții de decizie, acțiune şi comportament cu efect autorestructurant; reconstruirea de sine şi a scenariului de viață; 6. disponibilizarea pentru noi proiecte şi strategii experiențiale cu sens, în contextul conştientizării „lecției de viață" personale şi tranfamiliale (transgeneraționale);

implementarea modificărilor personale şi validarea lor în realitatea vieții cotidiene şi a scenariului de viață. Beneficiarul îşi exersează şi validează propriile conştientizări, corecții şi redimensionări cognitive, atitudinale, volitive, decizionale, emoționale şi de relație, ca *efecte personale de dezvoltare şi rezolvare a problematicilor blocante* de la începutul terapiei. Terapeutul gratifică eforturile şi inițiativele clientului în a se adapta creativ la contextul său familial, profesional şi social. El îl confirmă ca martor capabil să împărtăşească şi să susțină noile experiențe ale clientului, modificările pe care le operează în strategia sa de viață, nivelul de autoacceptare dobândit. Terapeutul reflectă realist, dar necritic, ci prin susținere necondiționată, rezultatele eforturilor sau strategiilor de autotransformare care l-au condus pe client către o stare de echilibru sau de mai mare satisfacție a calității vieții personale;

- **reevaluarea cazului şi a efectelor terapeutice de restructurare la încheierea terapiei**; separarea terapeutică şi „lăsarea uşilor deschise"; confirmarea succesului şi autonomiei clientului în dezvoltarea sa, gratificarea efortului şi calităţilor care l-au condus la rezolvarea sau depăşirea „problemelor" şi controlul propriei sale vieţi; acceptarea limitelor şi a contextului, precum şi mobilizarea pentru noi proiecte; deschiderea realismului şi optimismului faţă de sine şi traiectoria sa existenţială;
- **cristalizarea sau consolidarea efectelor benefice în timp sau catamneza** (contacte şi reevaluări succesive la 1, 3, 6 luni, eventual 1 an după finalizarea unui ciclu sau program terapeutic, cu posibilitatea reluării în caz de recidivă sau de necesitate). *Se descurajază dependenţa terapeutică pe tot parcursul terapiei,* dizolvându-se şi conştientizându-se, pas cu pas, transferul iniţial, *stimulându-se autonomia, autoîncrederea şi valorizarea clientului,* ceea ce susţine **procesul creşterii sale interioare** şi al fixării şi îmbogăţirii achiziţiilor terapeutice dobândite prin propriul său efort creativ şi responsabil de auto-schimbare, de participare autentică în procesul de autovindecare, ameliorare şi dezvoltare.

• Etapele metodologice ale procesului de consiliere

Sunt destul de asemănătoare celor ale unui proces psihoterapeutic, cu diferenţa că durata şi amplitudinea explorării sunt mai *reduse* în cazul consilierii. Iată care sunt aceste etape:

- evaluarea completă a cazului în contextul situaţiei de viaţă cu care se confruntă;
- identificarea problemei de bază şi a celor derivate din perspectiva clientului şi a consilierului; schiţarea obiectivelor consilierii împreună cu clientul şi acceptarea contractuală a cadrului consilierii (durata şi frecvenţa şedinţelor, locaţia, costurile, clarificarea intenţiilor, aşteptărilor mutuale şi maniera de colaborare pe parcursul consilierii, asigurarea clientului de respectarea principiului confidenţialităţii);
- realizarea relaţiei şi stimularea alianţei terapeutice, a contactului facilitator muncii de explorare şi clarificare;
- explorarea problemei, analiza răspunsurilor emoţionale, cognitive şi comportamentale ale clientului la problema identificată şi conectarea lor cu obiectivele iniţiale; reformularea obiectivelor de lucru în funcţie de evoluţia relaţiei şi de reactivitatea clientului în procesul de consiliere;

- facilitarea insight-urilor și descoperirea împreună a soluțiilor posibile;
- concepera și alegerea personală a noilor răspunsuri, comportamente și scenarii de viață, proiectarea și luarea noilor decizii;
- implementarea deciziilor și a strategiilor alternative în propria viață;
- susținerea și validarea soluțiilor rezolutive de viață practicate de către client;
- evaluarea finală a rezultatelor consilierii;
- încetarea de comun acord a consilierii cu menținerea unui contact catamnestic de confirmare a evoluției, ca și de reluare a unui nou ciclu în caz de nevoie (principiul „ușilor deschise").

• Cadrul terapeutic, specificul practicării și derulării programului de asistare psihologică diferențiat pe forme de intervenție

Iată câteva precizări privind maniera în care acționează cele trei forme de asistare psihologică – Consilierea (C.), Psihoterapia (P) și Dezvoltarea Personală (D.P.):

- **H.Z. Hoxter** susține că activitatea de consiliere **se adresează conștientului,** iar psihoterapia **inconștientului** (apud. I. Stoian, 2005, p. 24-25). Dezvoltarea personală, în opinia noastră, se adresează **ambelor niveluri** de procesare și utilizare a informațiilor și energiilor, angajând semnificativ resursele creatoare și autotransformatoare ale beneficiarilor.
- C. îl ajută pe individ să se clarifice, să-și recunoască și să-și accepte conflictele emoționale, apărute în circumstanțe nefavorabile. Pentru cei care suferă perturbări majore al căror efect asupra personalității este prea puternic, C. nu este eficientă și aceste situații necesită psihoterapia (P).
- P. este un **proces** centrat pe aspectele inconștiente ale minții care sunt mai puțin accesibile nivelului conștient și mai rezistente la schimbare.
- D.P., fiind un proces de autorestructurare, presupune lucrul fluid și stimulativ cu ambele fațete al realității psihice (interne și externe), suprafața și profunzimea, conștientul și inconștientul, Persona și Umbra (în accepțiunea lui C.G. Jung). În terapia unificării, ca și în alte terapii umaniste cu componentă spirituală, avem în vedere inclusiv dimensiunea transconștientă și transpersonală, dezvoltarea și maturizarea spirituală, pe axa integrării Ego-Sine.

- **Durata programelor terapeutice şi de consiliere**

Luând în considerare specificul derulării procesului şi al conţinutului lucrativ pe paşi, **durata intervenţiei** este de obicei diferită:

- consilierea necesită o perioadă mai scurtă de timp (cca. 6-10 întâlniri, de minimum 30-45 minute, maximum 60 minute);
- psihoterapia se desfăşoară pe perioade mai lungi de timp, cu un număr variabil de şedinţe (de minimum 45 minute, maximum 90 minute, în funcţie de orientarea teoretică şi metodologică a terapeutului);
- dezvoltarea personală este un proces aproape continuu, dar reperizat pe cicluri intensive de travaliu optimizator, pe parcursul mai multor ore şi zile (lucrul maraton), cu posibile reluări ciclice la intervale de luni şi ani, la solicitarea beneficiarului, în funcţie de noile lui obiective de viaţă. Ea se desfăşoară sub forma atelierelor şi seminariilor în grup de D.P., grup de autocunoaştere, grup de stimulare a **performanţelor** sau creativităţii, grup de dezvoltare spirituală prin diverse practici meditative, workshop-uri tematice, proceduri şi practici asociate (inclusiv de medicină alternativă, complementară şi de integrare psihosomatică).

Atât C., cât şi P. şi D.P. se pot desfăşura individual, în cadrul cabinetului profesionist, cât şi în grup, într-un cadru adecvat şi oficial, bine organizat – spaţiul terapeutic sau lucrativ.

EXERCIŢII ŞI ÎNTREBĂRI

Vă propun, în cele ce urmează, un exerciţiu meditativ de autoexplorare, conştientizare şi autorestructurare, în maniera terapiei unificării:

- Aşezaţi-vă într-un loc liniştit şi observaţi-vă. Sunteţi tensionat sau relaxat, calm sau neliniştit, mulţumit sau nemulţumit, frustrat sau împlinit... Poate sunteţi trist sau, dimpotrivă, binedispus, incitat sau plictisit... Dar oricare ar fi **starea dvs.**, încercaţi să Fiţi doar conştient de **ea**... Amplificaţi-o, focalizându-vă atenţia asupra senzaţiilor, emoţiilor, trăirilor şi gândurilor care o însoţesc...
- Reflectaţi timp de 20 de minute la propria dvs. viaţă, la primele evenimente care vă vin în minte şi la modul în care vă amintiţi sau vă imaginaţi doar că aţi reacţionat atunci. Fiţi conştient dacă vă este plăcut sau neplăcut, uşor sau dificil, incitant sau enervant să vă observaţi, să vă acordaţi acest timp şi acest interes conştient asupra propriei persoane, asupra evenimentelor care au ţesut şi ţes în continuare filmul interior al existenţei voastre...

- Aduceți treptat trecutul în prezent, ca și cum v-ați observa pe dvs. înșivă drept eroul unor secvențe de film. Lăsați filmul să se deruleze... Conștientizați trăirile, senzațiile corporale, imaginile care se perindă, contextul, locul, figurile care se asociază, identificați persoanele implicate, derulați dialoguri, puneți-vă toate acele întrebări care vă vin acum în minte și poate vă răspundeți onest la ele... S-ar putea ca la unele să nu vă puteți da un răspuns clar sau răspunsul să vă creeze o stare anume... Poate preferați să evitați sau să ignorați răspunsul, să-l bagatelizați, să vă amuzați sau să vă aplicați brusc o etichetă de genul „ești un, o..." – alegeți dvs. răspunsul, evident, cel care vă vine... Sunteți față în față cu dvs. înșivă și cu tot ceea ce „conțineți" în această clipă, cu tot ceea ce vă reprezintă: imagini, gânduri, trăiri și emoții asociate, impulsuri și reacții întrețesute cu acțiuni, persoane, relații, întâmplări, locuri... Ce ați adus la suprafață?...
- **Ce alte întrebări** vă vin acum în minte? Ce simțiți și experimentați chiar acum? Ce ați prefera mai curând? Ce **nevoie** presantă **aveți chiar acum**?... Dați curs modalității de a o satisface, mai întâi imaginând felul în care se întâmplă lucrurile.
- Acum găsiți o modalitate alternativă de a vă satisface nevoia și încă alte două posibilități cel puțin... Ce vă trece prin minte acum? Ce simțiți? Ce înțelegeți chiar în clipa asta despre dvs.? Ce vă vine să faceți? Alegeți să experimentați cel puțin una dintre alternativele pentru care v-ați decis. Ce consecințe vă așteptați să urmeze deciziei și acțiunilor pe care le imaginați dvs.?...
- Acum vă invit să verificați în realitate. **Acționați** așa cum ați ales atunci când meditați și imaginați alternative privind modul de a fi, de a vă manifesta sau de a face și reevaluați-vă starea, emoțiile, trăirile, gândurile, posibilitățile, acțiunile...

...(După câteva ore, zile sau săptămâni) – **Ce ați aflat nou despre dvs.?...**

Dacă nevoia(ile) dvs. rămân(e) frustrată(e) și apar și alte motive de blocaj, nemulțumire, frustrare, tristețe, neliniște, disconfort sau mânie, ați apela la ajutorul cuiva sau nu?

Dacă da, la ce vă așteptați?...
Dacă nu, la ce vă așteptați?...

Ați alege să vă asiste un profesionist?
Dacă nu, ce v-ar împiedica s-o faceți?...

Dacă da, care tip de asistare vi se pare mai potrivit?

- dezvoltarea personală
- consiliere
- psihoterapie

ÎNTREBĂRI SUPLIMENTARE

1. Care sunt principalele diferenţe metodologice între cele trei forme de asistare psihologică?
2. Care sunt etapele şi paşii procesului psihoterapeutic?

CAPITOLUL II

Obiective, specific, tipuri şi domenii aplicative ale consilierii şi psihoterapiei

Definiţie. În termeni generali, C. şi P. sunt activităţi psihologice profesioniste centrate pe relaţia de ajutor în situaţiile de criză personală sau colectivă, de impas existenţial iminent sau trenant, de dificultate în adaptare, relaţionare şi integrare socială.

Ele sunt necesare ori de câte ori persoanele se confruntă cu:

- blocarea capacităţilor uzuale de a face faţă provocărilor vieţii, ca şi problemelor survenite în educarea şi dezvoltarea lor;
- în situaţii de impas existenţial, pierderi şi traume, suferinţă psihică şi somatică în contextul anumitor maladii, intervenţii chirurgicale, accidente etc.

Confruntaţi cu o diversitate de probleme, cu stresul cotidian în creştere (economic, socio-familial, profesional, politic, ecologic), oameni de cele mai diverse vârste, profesii, culturi, etnii, ideologii şi religii traversează perioade cu risc dezadaptativ mai mult sau mai puţin semnificativ. Oricare ar fi diferenţele dintre ei, de la persoanele înalt capacitate şi performante, la cele excluse sau marginalizate social, cu toţii au nevoie de ajutor specializat pentru a putea depăşi obstacole diverse în calea dezvoltării lor, a relaţionării cu semenii, în lupta pentru supravieţuire şi de integrare a traumelor.

• Obiective

Psihoterapia şi consilierea psihologică sunt tipuri de intervenţie de scurtă sau de mai lungă durată, având ca obiective:

- *prevenirea, remiterea unor tuburări psihice, psihosomatice, emoţionale şi dezadaptative;*
- *asigurarea de suport, ghidare rezolutivă şi cataliză a strategiilor creativ-adaptative ale clienţilor (pacienţilor) în a face faţă unor probleme personale (emoţionale, cognitive şi comportamentale) şi relaţionale (interpersonale) cu impact individual, familial şi socio-profesional dezorganizator.*

Ambele tipuri de asistare psihologică acoperă o paletă largă de problematici specifice, de la cele educaționale la cele de sănătate, reabilitare, recuperare și reintegrare socială, de la cele de suport psihoemoțional și social, la cele de adaptare și integrare familială și comunitară eficientă.

• Specificul activităților și proceselor terapeutice

Cheia tuturor intervențiilor circumscrise consilierii și psihoterapiilor este *dezvoltarea unor noi strategii de coping existențial, activarea resurselor blocate, complementare sau compensatorii, astfel încât persoanele, familiile și grupurile sau colectivitățile în dificultate* ***să-și găsească propriile soluții, utilizându-și potențialul de care dispun.***

În munca de consiliere și de psihoterapie scopul este sprijinirea beneficiarilor în a-și rezolva problemele prin resurse proprii, prin modificarea atitudinilor, concepțiilor și comportamentelor manifestate în contexte existențiale specifice. Situațiile de viață și variatele tipuri de pierderi sau de suprasolicitări pot genera, întreține sau agrava anumite traume și răspunsuri dezadaptative sau patogene, cu riscul unor suferințe individuale și colective semnificative.

Două pârghii psihologice de maximă importanță în actul asistării clientului sunt:

- **autoacceptarea** prin explorare de sine, conștientizare și **schimbare a perspectivei** evaluative asupra problemelor de viață;
- **modificarea realistă și pozitivarea** imaginii de sine.

• Spațiul terapeutic, relația terapeutică și sarcinile (competențele) terapeutului

Relația terapeutică se configurează dinamic între doi poli – *consilierul/ terapeutul* și *clientul/ pacientul* – beneficiarul direct al activității de consiliere/ psihoterapie.

Relația dintre ei creează un *„spațiu psihologic"* al refacerii treptate și reechilibrării clientului sau pacientului, precum și a relațiilor disfuncționale, în cazul cuplurilor, familiilor, grupurilor și colectivităților.

Ce este spațiul psihologic terapeutic?

- un *spațiu al cunoașterii și rearmonizării*, respectat și respectabil, profund motivant pentru viață și pentru valorile ei. În unele forme de terapie acest spațiu

psihologic este oarecum sacralizat şi investit cu valenţe sufleteşti tămăduitoare.

- *un spaţiu al confidenţialităţii, autenticităţii şi acceptării necondiţionate*, al încrederii şi compasiunii, al „purificării" mental-emoţionale.
- *un „spaţiu relaţional, informaţional şi energetic" al reîncărcării „bateriilor", al stimulării*, reenergizării şi recanalizării resurselor către scopuri mai realiste, mai iubitoare de sine şi de alţii, mai împlinitoare.
- *un spaţiu creat de natura interconectivă a întâlnirii terapeutice*, polarizat şi catalizator al regăsirii de sens şi de sine, al reconstruirii unor *graniţe identitare sănătoase*, ceea ce permite o reintegrare mai matură în spaţiul relaţiilor personale şi cotidiene.

Specifice muncii terapeuţilor sunt **focalizarea şi clarificarea impactului unei probleme sau al unui context de viaţă traumatizant, provocativ sau de risc, asupra clientului.**

Efortul consilierului şi terapeutului profesionist este de a-l „oglindi" pe client în contextul situaţiei cu care se confruntă şi are ca **scop** *ajutarea acestuia în a-şi conştientiza mai adecvat şi mai complet propriile nevoi, aşteptări şi posibilităţi de a face faţă sau de a rezolva şi depăşi probleme personale.*

C. şi P. **nu** trebuie înţelese ca modalităţi de sfătuire expertală, aşa cum adesea se presupune în mod **eronat** de către nespecialişti, ci pot fi privite, mai curând, ca *dinamici procesuale de explorare „împreună"* a elementelor-cheie care explică, blochează sau pot debloca soluţia(iile) unei probleme sau punctele nodale ale descifrării şi „dezlegării" unui scenariu personal sau familial disfuncţional.

Aceasta înseamnă că cei doi participanţi sau **co-parteneri în actul psihoterapeutic** (cel care asistă şi asistatul) descoperă împreună noi posibilităţi de reevaluare, decizie şi acţiune în contextul problematic, după ce au lucrat împreună la descifrarea simbolică a reacţiilor, simptomelor şi evenimentelor provocatoare.

Redescoperirea de sine şi schimbarea se întâmplă **spontan,** după ce clientul a fost sprijinit pas cu pas să se reevalueze şi să înţeleagă diferit lucrurile, resemnificând evenimentele şi reacţiile manifestate anterior începerii consilierii sau terapiei (Iolanda Mitrofan, 2004; Iolanda Mitrofan, A. Nuţă, 2005).

Procesul de autoreevaluare pe care clientul îl realizează în cadrul terapeutic se produce ca urmare a *atitudinii facilitatoare* sau de *cataliză psihoemoţională şi cognitivă* pe care consilierul (terapeutul) a manifestat-o pe parcursul întâlnirilor.

În opinia noastră (coincidentă şi cu cea a altor psihoterapeuţi din orientarea umanistă), **rolul consilierului şi terapeutului profesionist** este de a **însoţi şi stimula procesul de autoexplorare al clientului său, ajutându-l să conştientizeze şi să acorde sens evenimentelor şi stărilor personale, fără a-i indica sau sugera propriile explicaţii.**

Consilierul (şi cu atât mai puţin psihoterapeutul) nu este un „profesor" care predă o lecţie de viaţă, ci un **co-participant** şi un **sprijin avizat** în crearea de către client a unor strategii personale rezolutive, în stimularea optimizării şi adaptării lor la realitate. Aceasta este valabil în cea mai mare parte în lucrul cu adulţii, dar se impune cu adaptări specifice în asistarea adolescenţilor şi copiilor aflaţi în dificultate.

Consilierii şi terapeuţii sunt totodată **repere emoţionale echilibrante** şi **garanţi ai succesului clientului în munca pe care acesta o parcurge cu sine.** Ei sunt investiţi emoţional, moral şi informaţional de clienţii lor, ceea ce impune un nivel de competenţă socială, maturitate şi responsabilitate deosebit.

Consilierul şi terapeutul **se vor abţine** de a-i configura clientului un nou plan sau scenariu de viaţă după propriile-i presupuneri sau nevoi de acţiune şi **nu se va substitui** în niciun caz acestuia în luarea deciziilor sau găsirea opţiunilor, respectându-i valorile. Aceasta atitudine şi abilitate terapeutică va fi cultivată în perioada stagiului de supervizare a tinerilor specialişti de către un terapeut formator.

Responsabilitatea acestor profesionişti presupune *exerciţiul conştient de a se feri să impună şi să sugereze propriile soluţii sau interpretări* clientului, evitând cu răbdare şi abilitate tentaţia facilă de a-i prescrie acestuia scenarii alternative de viaţă şi soluţii prefabricate, de complezenţă sau dezirabile social, eventual „educative".

Ce sarcini are terapeutul?

- reperizează, susţine şi validează cu entuziasm **soluţiile şi alternativele** pe care beneficiarul consilierii sau terapiei le va concepe, descoperi **pe cont propriu** (asistat fiind), implementa sau schimba în viaţa sa cotidiană, descurajându-le pe cele fantasmatice sau nerealiste;
- reconectează treptat clientul sau pacientul la realitatea vieţii şi la posibilităţile sale, ajutându-l să dedramatizeze evenimentele sau trăirile şi să se deculpabilizeze sau dezanxieteze, atunci când cazul o impune;
- îl decuplează progresiv de la fantasme producătoare de suferinţă, printr-un proces specific de analiză, conştientizare şi resemnificare

a insight-urilor deblocante, ajutându-l să-şi accepte limitele cu naturaleţe, deculpabilizându-l pentru vini reale sau imaginare;

- îl sprijină emoţional şi prin tehnici specifice (verbale şi nonverbale, simbolice, cognitive, raţional-emotive, comportamentale) să-şi gestioneze şi controleze propria viaţă mai responsabil, deblocându-i şi recanalizându-i energia spre scopuri mai realiste şi echilibrante. Simptomele, rezistenţele, blocajele, cogniţiile disfuncţionale şi comportamentele ce ţin de o anumită patologie mai intensă sau mai discretă sunt asfel dizolvate treptat, pentru că îşi pierd din „puterea" lor aproape magică de a menţine subiectul într-o capcană defensivă, iraţională sau autodistructivă. Cu alte cuvinte, ele îşi pierd sensul în viaţa clientului. Acesta încetează să se autosaboteze prin menţinerea suferinţei şi a răspunsurilor dezadaptative, pe măsură ce progresează în munca sa de autocunoaştere şi autorevalorizare. Iertarea şi resemnificarea sunt două chei importante ale schimbării vindecătoare şi evolutive. Ele deschid câmp larg experienţelor creative şi autotransformatoare, atât la nivel individual, cât şi relaţional, în dinamicile familiale, transgeneraţionale, grupale, colective (v. Iolanda Mitrofan, Cristina Denisa Stoica, 2005).

- **Fluiditatea şi conţinutul travaliului terapeutic reconstitutiv, clarificator şi restructurativ – către o paradigmă unificatoare**

În cazul în care procesul clarificării şi recuperării clientului se anunţă a fi mai dificil, pe termen lung, necesitând o profunzime şi o subtilitate psihologică mai înaltă a „lucrului" terapeutic, precum şi cunoştinţe şi abilităţi tehnice terapeutice specifice, consilierul va orienta cazul către un psihoterapeut-psiholog sau medic, cu competenţă acreditată în domeniu.

Deşi de cele mai multe ori consilierea este o muncă centrată pe o persoană, nu este exclusă nici practicarea ei sub forma consilierii extinse - de cuplu, de familie, de grup.

Trecerea fluidă a unui **proces de consiliere** centrat pe o problemă situaţională, într-un **proces psihoterapeutic** centrat pe focalizarea cauzelor psihologice şi interpersonale mai profunde, pe psihodinamicile personale, familiale şi transgeneraţionale, se practică adesea, spre binele clientului principal şi al celor conectaţi la problema-ţintă.

De la **natura individuală** a perturbărilor, în spațiul terapeutic se trece întotdeauna la **natura relațională** a perturbărilor și suferinței, așa încât lucrul terapeutic se extinde și în afara granițelor psihologice ale cadrului terapeutic, evocând și transformând vindecător, armonizator relații, roluri și percepții, emoții și sentimente care conectează pacientul focalizat cu persoanele semnificative din viața lui – părinți, frați, parteneri, prieteni, colegi, competitori, persoane investite și de transfer etc.

Deși granițele competențelor celor doi specialiști sunt fluide, insinuând necesitatea unei colaborări sau deținerea unei duble competențe, aceasta nu înseamnă că un consilier este superpozabil sau interșanjabil cu un psihoterapeut.

- **Lucrul terapeutic în echipă**

Lucrul terapeutic în echipă este cel mai productiv, iar competențele bine stabilite și respectarea lor previn erorile de intervenție, conectând benefic pentru client procesul psiho-socio-medical recuperator sau integrator.

Când un caz sau o familie constituie „subiectul" comun al unei intervenții progresive, multidimensionale, la care participă simultan sau succesiv mai mulți specialiști, atitudinea terapeutică și de sprijin consensual este cea care garantează succesul. Pierderea ei sau conflictele de competență sabotează sau sacrifică indubitabil progresul clientului.

O bună echipă de reabilitare, recuperare sau de acțiune preventivă acționează armonios, complementar și sincron, în beneficiul clienților și pacienților, iar *supervizarea și intersupervizarea de sprijin mutual în echipă este regula de aur a profesionalismului în acest domeniu. Asistarea de către un supervizor a echipei terapeutice* (din care consilierul/ psihoterapeutul face parte integrantă, alături de medic, asistent social și alți profesioniști, în funcție de domeniul de aplicație) facilitează și sporește eficiența acestor profesii interconectate.

Activitățile de consiliere și psihoterapie dezvoltă o bună colaborare profesională și interumană între medic, psiholog, asistent social, defectolog, kinetoterapeut, jurist, educator, părinte spiritual sau alte persoane implicate (voluntari, studenți). Alături de aceștia, familia și implicarea ei funcționează adesea nu doar ca o parte din „problemă", ci și ca un co-terapeut ad-hoc. În special în asistarea toxicomanilor, în resocializarea schizofrenilor, în asistarea persoanelor cu handicap sau diverse afecțiuni severe (ex. SIDA, neoplazii, persoane dializate etc.), participarea familiei are și o valență co-terapeutică, dincolo de beneficiul terapeutic propriu-zis al acesteia, la nivelul relațiilor și suferinței emoționale.

Munca în echipă este cheia succesului şi a satisfacţiilor deloc neglijabile în domeniul foarte larg al asistării complexe a persoanelor în dificultate.

Rezultă din cele de mai sus că activităţile de consiliere şi terapie sunt pregătite cu minuţiozitate de însăşi „consilierea" **consilierilor şi terapeuţilor**, iar unele dintre domeniile aplicative ale acestor competenţe profesionale necesită analiză personală didactică, formare şi supervizare pe termen lung, ca şi suport optimizator sau chiar terapeutic pentru profesioniştii domeniului.

• Diferenţe şi interferenţe între consiliere psihologică şi psihoterapie, ca alternative specializate de ajutor psihologic

Oferta de ajutor psihologic, educaţional şi social este comună celor două domenii aplicative – consilierea şi psihoterapia. Dar mijloacele, desfăşurarea, uneori natura problematicilor clienţilor, respectiv a pacienţilor vizaţi, ca şi intenţiile şi durata asistării pot să difere parţial sau în totalitate. Deşi pe ansamblu cele două profesiuni sunt surori, ele nu sunt gemene şi cu atât mai puţin „univiteline"... Să le abordăm pe rând...

Consilierea

Deşi termenul de consiliere este uzitat şi în alte domenii ale vieţii sociale, cum ar fi cel juridic, administrativ, financiar, politic, *consilierea psihologică* presupune, după majoritatea autorilor, 6 caracteristici (apud. Maria-Liana Stănescu, 2003, p. 4), pe care ne-am permis să le nuanţăm după cum urmează:

1. este un serviciu oferit de un consilier cu competenţă recunoscută, care, printr-o relaţie de natură profesională, are responsabilitatea de a-l ajuta pe client, folosind tehnici şi abilităţi pe care le-a dobândit prin educaţie şi formare profesională (master, cursuri postuniversitare, supervizare);
2. formează sau dezvoltă abilitatea de a lua decizii şi de a facilita rezolvarea problemelor clientului; generează şi catalizează alternativele planurilor de viaţă, ajutând clientul în modificarea stilului de viaţă. Catalizează procesul de luare a deciziilor de către client sau aparţinători, precum şi descoperirea soluţiilor viabile pentru acesta;
3. stimulează învăţarea de noi comportamente şi atitudini. După Wallace şi Lewis (1990, p. 90), consilierea poate fi înţeleasă drept „un proces de învăţare-predare" prin care clienţii sunt ajutaţi să identifice comportamentul care trebuie schimbat şi etapele adecvate acestei schimbări. Rezultatul final al consilierii constă în acţiunile întreprinse de client pentru schimbarea sa comportamentală;

4. este o activitate comună a consilierului şi clientului, în care respectul mutual este fundamental. O relaţie de consiliere eficientă este aceea în care cei doi sunt egali şi stabilesc împreună scopurile. În cazul asistării copiilor raporturile egalitare, participative, adaptate vârstei şi puterii de înţelegere a copilului sunt obligatorii (aşa că pregătiţi-vă să vă şi jucaţi, dând curs copilului liber din voi, dar neuitând nicio clipă cine sunteţi cu adevărat şi ce scopuri aveţi!);
5. indiferent de locul unde se desfăşoară consilierea şi de natura problemei cu care se confruntă clientul, principala competenţă a consilierului este capacitatea de a facilita relaţiile umane. Aceasta presupune abilităţi speciale de comunicare empatică, de deschidere, maturitate şi echilibru emoţional;
6. este un mod de viaţă pentru consilier, deoarece el acţionează ca un moderator al dezvoltării altor persoane prin intermediul prezenţei sale psihologice – structura personalităţii sale facilitează sau blochează scopurile şi efectele procesului de consiliere.

Deducem de aici importanţa *factorului personal* în exercitarea acestei profesii care se face nu doar cu cunoştinţe profesionale, ci şi cu „sufletul", cu capacitatea de a simţi, empatiza şi intui, de a fi deschis. Acest lucru este perfect valabil şi în cazul practicării psihoterapiei, cu un accent mai mare pe abilităţi şi tehnici specifice unei metode sau şcoli teoretico-metodologice în care este format psihoterapeutul, precum şi al unui volum de cunoştinţe diagnostice şi terapeutice mult mai larg şi adânc în sfera sănătăţii şi a maladiilor mentale şi psihosociale.

Psihoterapia

Iată acum şi câteva caracteristici diferenţiatoare ale *psihoterapiei* comparativ cu consilierea psihologică şi socială, în opinia noastră (Iolanda Mitrofan, A. Nuţă, 2005, p. 14-15):

1. psihoterapia se adresează cel mai adesea unor probleme semnificative din sfera sănătăţii psihice, psihosomatice şi somatice, având în centru trauma, pierderea, durerea şi blocajul în dezvoltare, reactivitatea nevrotică sau consecinţele disociale ale psihozelor, tulburărilor adictive (toxicodependenţe, alcoolism), tulburărilor de instinct sexual şi alimentar, comportamentelor suicidare, tulburărilor de identitate etc.;
2. psihoterapia este predominant o activitate curativă, de remediere, în vreme ce consilierea este mai curând preventivă, de dezvoltare şi de educaţie; ambele se pot desfăşura atât în cadrul clinic, cât şi extraclinic, având însă obiective relativ diferenţiate. Psihoterapia rămâne însă în mai mare măsură apanajul specialiştilor de pe terenul **clinicii** (spitale,

policlinici, servicii de sănătate mintală, centre de reabilitare), în vreme ce consilierea se practică mai mult în cabinete private, în centre comunitare şi organizaţii de ajutor psihologic şi social, în servicii de resocializare şi reabilitare extraclinice, în mediul educaţional, în mediul penitenciar. Se practică, de asemenea, în mediul organizaţional, în diverse tipuri de organizaţii profesionale (în acest caz fiind asociată cu dezvoltarea personală în grup, cu terapia socială sau cu training-urile de comunicare, cele de tip *team building*, *T-group training* etc.);

3. psihoterapia antrenează un demers explorator şi de conştientizare (bazat pe insight), cu durată mai lungă (vezi terapiile psihanalitice, psihodinamice şi experienţiale) sau mai scurtă (terapii scurte focalizate pe problemă, terapii comportamentale, cognitive, raţional-emotive). Ele au în vedere atât **dimensiunea trecutului şi a prezentului, cât şi a viitorului,** cu accente şi modalităţi de intervenţie specifice în funcţie de metodă şi de orientare teoretică (psihanalitică, comportamental-cognitivă, umanist-existenţială). Consilierea, deşi păstrează orientarea generală a unei şcoli de formare, se centrează mai curând pe dimensiunea **prezent,** deblocând drumul spre viitor, dar fără a se angaja în acţiuni de analiză, conştientizare, reprogramare şi restructurare mentală de profunzime, pe termen lung;
4. gradul de autodezvăluire al psihoterapeutului în relaţia cu clientul este mai restrâns, spre deosebire de cel al consilierului, mai deschis şi mai puţin expertal în intervenţie şi atitudine; ca ecran de transfer terapeutic, psihoterapeutul este obligat la o perpetuă autoanaliză şi conştientizare pentru a-şi controla posibilele fluctuaţii ale disponibilităţii emoţionale şi de contact profesional, în special potenţialul contratransferenţial. Conştientizarea proiecţiilor, identificările cu clienţii şi abţinerea de la interpretări speculative, tendinţele la manipulare şi control trebuie să facă obiectul unei aprofundări a analizei didactice şi a unei supervizări de igienizare, corecţie, maturizare şi asanare psihoemoţională şi spirituală, care să-i permită stabilirea unor raporturi constant echidistante, morale şi autentice cu pacienţii şi persoanele asistate;
5. psihoterapia are obiective de profunzime şi un plan terapeutic bine structurat, permiţând o remodelare creatoare a personalităţii, a Eului, a rolurilor manifestate şi a relaţiilor cu alţii şi cu lumea, în funcţie de responsivitatea clientului, în vreme ce consilierea acţionează limitativ, centrat şi mai precis, raportat la un scop bine definit, stabilit împreună cu clientul;
6. în vreme ce consilierea practică mai ales relaţia terapeutică de la egal la egal (de la adult la adult), situându-se astfel, mai frecvent, în paradigma umanistă, psihoterapiile, prin diversitatea lor, practică şi alte tipuri de relaţii terapeutice, asimetrice – de ex. relaţia transferenţială de

tip părinte-copil (psihanaliza, abordările psihodinamice) sau relaţia expertală de tip profesor-elev (terapiile comportamental-cognitive). Astfel, consilierea **adulţilor** se apropie mult prin natura relaţiei terapeutice „de la persoană la persoană" de psihoterapiile umaniste, existenţiale şi experienţiale şi mai puţin de cele psihodinamice şi analitice. Aceasta nu înseamnă că nu se practică şi o consiliere analitică, de tip adlerian de pildă sau o consiliere analitică de grup. În etapele de vârstă timpurie, la **copii şi adolescenţi,** consilierea este cel mai adesea infuzată de metodele comportamentale asociate cu cele expresiv-creative, bizuindu-se pe o relaţie terapeutică asimetrică parţial educaţională, parţial „hrănitoare emoţional", stimulativă şi optimizatoare (experienţială). Nu se exclud însă modelele integrative, flexibile, pliate pe realitatea, nevoile şi posibilităţile de răspuns imediat ale clienţilor, care îmbină elemente tehnice şi atitudinale din mai multe şcoli, practicându-se astăzi tot mai mult **modelele interferente, eclectice sau integrative**, atât în consiliere, cât şi în psihoterapie;

7. există tendinţa ca în psihoterapie să se utilizeze mai curând termenul de *pacient*, în vreme ce în consiliere, ca şi în dezvoltarea personală, este preferat sau utilizat în exclusivitate cel de *client* (adică cel ce beneficiază de un serviciu ameliorativ, optimizator, restructurativ sau transformator, nu neapărat vindecător, situaţie evidentă în cazul serviciului psihoterapeutic).

În concluzie, chiar dacă disputele terminologice par fără de sfârşit, reţinem că:

- C. se desfăşoară mai curând ca o activitate suportivă, de ajutorare limitată, precisă, în anumite cadre şi e jalonată de scopuri imediate, clarificatoare, acţionând oarecum la „suprafaţa iceberg-ului" şi ţinând prea puţin cont de procesele inconştiente.

- P., dimpotrivă, tinde să devină un proces de profunzime, axat pe dinamica restructurativă a personalităţii, la nivel conştient, inconştient şi uneori transconştient, din care derivă noi scenarii de viaţă şi un nou *modus vivendi.* Ea utilizează impasul maladiv ca o posibilitate de autodeblocare şi de relansare în lupta pentru viaţă şi bunăstare psihosocială, ca pe o „lecţie existenţială" sau o încercare plină de sens.

Interferențe și suprapuneri între C. și P.

Ceea ce au însă, în comun, ambele domenii de asistare umană sunt următoarele elemente:

1. ambele urmăresc și scopuri identice: explorarea propriei persoane și înțelegerea de sine; clarificarea și pozitivarea imaginii de sine, creșterea autoîncrederii și a capacității de face cele mai bune alegeri pentru sine, deblocarea resurselor personale de *coping* și de dezvoltare pe cont propriu;

2. ambele caută să reducă și să transforme comportamentele de autoapărare nevrotică, tendințele la repetarea comportamentelor de eșec, a modurilor stereotipe, rigide de a gândi și acționa;

3. ambele dezvoltă capacitatea clienților de a lua decizii și de a-și remodela traiectoria de viață, unele dintre metode stimulând în special soluțiile alternative de viață și adaptarea creativă (vezi orientarea experiențială în consiliere și psihoterapie);

4. ambele utilizează autenticitatea și calitatea relației terapeutice sau de consiliere, comunicarea mediată de *„prezența" personală* și adesea de *carisma* profesională a terapeutului sau consilierului;

5. ambele se finalizează cu o reevaluare a stării și modificărilor survenite în relația clientului cu sine și cu alții, cu o mai bună acceptare și revalorizare de sine din perspectiva propriilor calități și defecte, a potențialului de care dispune și pe care învață să și-l reactualizeze și dezvolte permanent.

Conchidem că efectele estimate în ambele tipuri de intervenție constau în capacitatea beneficiarilor de a-și configura noi obiective și de a dezvolta noi strategii de adaptare.

Mai simplu spus, un efect real este câștigarea „pariului" cu viața. Iar zâmbetul final de despărțire și respirația profund eliberatoare a celui care consimte să întrerupă, în mod firesc, contactul terapeutic la momentul potrivit, valorează mai mult decât orice cuvânt de mulțumire sau promisiune de viitor... Restul rezolvă natura, în mod spontan și întotdeauna în favoarea clientului, chiar și atunci când viața îl confruntă cu o nouă încercare sau amenințare. De data asta el o să știe cum să facă față. De unul singur. Adică prin propriile-i „puteri"..

• Scurt istoric și câteva domenii de aplicație ale consilierii și psihoterapiei

Rădăcinile istorice ale celor două forme de asistare psihologică își trag seva din trecutul imemorial al practicilor colective și individuale vindecătoare, al riturilor magice și șamanice și chiar în așa-numitul „sfat al bătrânilor" din

societățile primitive tribale. Sfatul duhovnicesc practicat în matricea spirituală creștină, practicile de exorcizare și vindecare spirituală au contribuit și ele pe deplin la treptata laicizare a asistării bolilor și necazurilor sufletești sau sociale, extinzându-se în epoca modernă în domeniul educației și al reprezentărilor sociale despre cum poți trăi mai în acord cu tine însuți și mai sănătos.

Termenul de „psihoterapie" este introdus de psihiatrul englez D.H. Duke în 1872, în lucrarea intitulată „Ilustrări ale influenței minții asupra corpului în stare de sănătate și de boală". În 1891, dr. H. Bernheim consacră sintagma în lucrarea sa „Hipnotism, sugestie, psihoterapie". Au urmat alți celebri autori care au creat istorie în psihoterapie: J.M. Charcot, P. Janet, S. Freud.

A. Binet a încercat să extindă principiile psihoterapiei la educație, prefigurând probabil primele forme de consiliere educațională, care aveau să fertilizeze ulterior consilierea psihologică nu doar pe terenul școlii, ci și al educației permannte, al familiei, al grupurilor de suport (C.R. Rogers).

După al doilea război mondial, consilierea se impune ca o practică uzuală a activităților de asistență socială, psihologică și medicală. La aceasta contribuie, prin informații și repere metodologice specifice, *orientarea vocațională (pentru carieră), psihodiagnoza inteligenței, aptitudinilor și personalității,* precum și relativa structurare a celor trei mari direcții în psihoterapie (*psihanaliza, comportamentalismul* și *noua paradigmă umanistă-experiențială*).

Toate acestea, corelate cu o multitudine de problematici sociale de inadaptare, marginalizare și suferință, agresivitate socială, dependență, abandon și violență familială, precum și exacerbarea frecvenței tulburărilor emoționale, psihice și de adaptare în comunitate, în întreaga societate vestică, au transformat *consilierea psihosocială* și *psihoterapia într-o dimensiune a lumii civilizate aspirând la securitate și bunăstare.*

Fenomenele sociale și economice de după anii '40-50 au extins consilierea din sfera educațională și a formării profesionale în cea a metodelor de ajutor profesionist în noul context social creat. Apare astfel necesitatea rezolvării numeroaselor probleme individuale independent de cele comunitare.

Carl Rogers propune inițial, în acest context, termenul de *consiliere* ca înlocuitor al celui de *orientare vocațională*, prea restrictiv, iar anii ce vor urma *leagă strâns practica de consiliere de cea de psihoterapie,* a cărei tradiție era incontestabilă.

În prima jumătate a secolului XX, Psihanaliza și replica ei, Terapia Comportamentală, dețin ponderea în spațiul clinic și extraclinic, evoluând polar și oarecum în contradicție, vis a vis de abordarea clienților.

Dacă prima direcție se centrează eminamente pe cauzele tulburărilor și dinmicilor personale perturbate, cealaltă se centrează exclusiv pe simptom, eludând etiologia și sperând optimist în miraculoase vindecări bazate pe învățare, condiționare și decondiționare comportamentală.

Pragmatismul și simplificarea demersului, mobilizarea rapidă și excepțională în sprijinul persoanei sunt însă conotațiile de bază ale noului subdomeniu profesional – consilierea. Ea își regăsește vocația mai întâi pe terenul școlii, dar se extinde rapid în organizațiile neguvernamentale, în asistența socială și în educația pentru sănătate. Urmează pătrunderea pe terenul managementului organizațional și mai ales pe terenul greu de asistat al familiei, al abuzului fizic și sexual, al toxicodependențelor a căror frecvență crește fără precedent, de la un deceniu la altul. Persoanele cu nevoi speciale, copiii cu handicap și bolile ce necesită spitalizare prelungită, predispunând la fenomene de hospitalism, cazurile de abandon al copilului tot mai numeroase, asistarea bătrânilor cu probleme de depresie, sărăcie, abandon și izolare (odată cu prelungirea duratei medii de viață) creează noi provocări consilierii psihologice și sociale.

În aceeași linie pragmatică a intervenției, terapeuții comportamentaliști sunt continuați astăzi prin metoda cognitivă (A. Beck) și prin terapia rațional-emotivă a lui A. Ellis. Nici psihanaliza clasică freudiană nu rămâne fără urmași. Dimpotrivă, ea se bucură în dezvoltarea ei de disidenți și reformiști, continuatori și tranformatori, până la neopsihanaliza actuală: terapiile psihodinamice, terapia analitică (C.G. Jung), terapia lui Alfred Adler, analiza reichiană (W. Reich); Melanie Klein și, mai recent, Lacan, Winnicott, Karen Horney, F. Riemann sunt câteva nume de referință.

Anii '50-60 marchează înființarea „Organizațiilor profesionale de consilieri", care activează atât pe terenul școlii, cât și al muncii, dar și dezvoltarea fără precedent a noii orientări umaniste, existențiale și experiențiale în psihoterapie și dezvoltare personală, revigorând o filozofie mai completă și mai deschisă despre om, bazată pe mișcarea „potențialului uman".

Noua psihoterapie **umanistă, existențială și experiențială**, impune o orientare crentrată în prezent, promovează conștientizarea „acum și aici", spontaneitatea, creativitatea și autenticitatea, ca resurse autovindecătoare și autotransformatoare.

Căutarea sensului existențial și autoîmplinirea polarizează multitudinea de metode umanist-experiențiale care se dezvoltă și se continuă prin anii '70-80 cu metode transpersonale, ce aprofundează și includ dimensiunea spirituală și autotransformatoare în demersul psihoterapeutic, tot mai frecvent absorbit, asimilat în procese complexe de dezvoltare, optimizare și transformare umană.

Noua paradigmă în psihoterapie este holistică, tinzând la integrativitate teoretică şi metodologică, reunificând viziunea despre om ca fiinţă complexă multidimensională (corp-minte-spirit) şi autocreatoare.

În cadrul acestei orientări umaniste şi transpersonale menţionăm contribuţiile lui A. Maslow, C.R. Rogers, F. Perls, L. Biswanger, M. Boss, V. Frankl, Rollo May, J. Moreno, E. Berne, A. Lowen, W. Glasser, S. Grof, R. Assagiolli, K. Wilber, J. Lilly etc.

În 1954 se consemnează apariţia primei reviste de specialitate în S.U.A. – „Journal of Counseling Psychology", editată de Gilbert Wrenn şi Frank M. Fletcher, iar în 1959 Anne Roe argumentează publicistic necesitatea educaţiei universitare a consilierilor ca specialişti (2003, p. 8).

Principalele tipuri şi forme de practică a consilierii, psihoterapiei şi dezvoltării personale

Tipurile de consiliere care se conturează sunt:

- consilierea personală, de cuplu şi de familie;
- consilierea vocaţională sau educaţională;
- consilierea organizaţională şi de grup.

Tipurile de psihoterapie se grupează în:

- psihoterapia individuală;
- psihoterapia cuplului (maritală) şi a familiei;
- psihoterapia în grup de cupluri sau de familii;
- psihoterapia de grup (suportivă, analitică, psihodinamică, experienţială şi resocializatoare – cu sau fără suport ocupaţional, artterapeutic, biblioterapeutic sau ergoterapeutic);
- psihoterapia ambientală şi de mediu.

O menţiune specială: în cazul copiilor, psihoterapia este centrată pe copil, în contextul sistemului familial, fiind în realitate o psihoterapie a sistemului familial perturbat şi nu doar o terapie individuală a copilului.

Dezvoltarea personală poate fi practicată:

- individual (copii, adolescenţi, adulţi);
- în grup (copii, adolescenţi, adulţi);
- în grup de cupluri sau de familii;
- în grupuri organizaţionale

După **natura obiectivelor și tipul de participanți**, se diferențiază:

- grup de dezvoltare personală centrat pe carieră (comportament profesional);
- grup de dezvoltare și analiză didactică pentru profesioniștii în științe socio-umane – medici, psihologi, asistenți sociali etc.;
- grup de training organizațional;
- grup de meditație, tehnici de relaxare și sacroterapie, grup de dezvoltare transpersonală;
- grup de cunoaștere și autocunoaștere în situații-limită etc.;
- grup pentru părinți (centrat pe relația parental-filială, pe problemele maternității și puerperale);
- grup de cupluri centrat pe comunicare;
- grup pentru optimizarea relației profesor-elev etc.

Domenii aplicative:

Cu timpul diversificarea problematicii psihosociale generează noi aplicații, din ce în ce mai specializate și cu formări din ce în ce mai complexe. Apar astfel:

- consilierea și terapia resocializatoare a marginalilor, persoanelor excluse social, discriminate sau abuzate (fizic, sexual, emoțional și moral);

- consilierea și terapia integratoare și de suport a copiilor străzii și persoanelor adulte fără adăpost (vezi în acest sens și contribuțiile românești recente, semnate Victor Badea, Marian Enache, Ed. SPER, 2002; Victor Badea și colab., Ed. SPER, 2003; Victor Badea, Laurențiu Mitrofan, Ed. SPER, 2004);

- consilierea și psihoterapia persoanelor afectate de SIDA și a familiilor lor (vezi și Iolanda Mitrofan, Doru Buzducea, 1999 și 2001; Iolanda Mitrofan și colab., 2003);

- consilierea și terapia de suport a personalului care asistă persoanele aflate în iminența morții – medici, asistenți sociali, psihoterapeuți, thanatoterapeuți și consilieri spirituali (gradul de suprasolicitare al cadrelor medicale și sociale care lucrează cu bolnavi neoplazici, leucemici, infectați cu HIV este recunoscut ca psihopatogen și depresor și, în consecință, acești profesioniști necesită ei înșiși asistență de suport psihologic);

- consilierea și terapia toxicodependenților și a familiilor lor (vezi și lucrarea sub coord. Iolandei Mitrofan, *Terapia toxicodependenței – posibilități și limite*, Ed. SPER și „Salvați Copiii", 2003; Ruxandra Rășcanu, Mihaela Zivari, *Psihologie și psihopatologie în dependența de drog*, Ed. Ars Docendi, 2002);

- consilierea și terapia persoanelor abuzate/abuzive fizic și sexual (copii și adulți), cu referire directă la viol, maltratare și practici sexuale aberante (parafilii);

- consilierea și psihoterapia integrativă a familiilor și copiilor adoptați și în plasament;

- consilierea şi dezvoltarea personală a copiilor instituţionalizaţi, a mamelor sociale şi a personalului din instituţiile de ocrotire;

- consilierea şi psihoterapia de suport a vârstnicilor instituţionalizaţi şi neinstituţionalizaţi (gerontoconsilierea);

- consilierea victimelor violenţei domestice şi a familiei dezorganizate;

- consilierea de prevenire a abandonului copilului şi psihoterapia tulburărilor de maternitate;

- psihoterapia şi dezvoltarea personală a copiilor abandonaţi sau separaţi temporar de părinţi, precum şi a mediului de substituţie familială;

- consilierea psihosexuală şi contraceptivă;

- consilierea şi psihoterapia cuplului şi familiei cu disfuncţii de relaţie şi comunicare;

- consilierea parental-filială – „Şcoala părinţilor";

- consilierea premaritală;

- consilierea pre şi postnatală (puerperală);

- consilierea părinţilor adolescenţi;

- consilierea şi psihoterapia victimelor traficului de carne vie;

- consilierea şi psihoterapia integratoare a imigranţilor cu dificultăţi de adaptare;

- consilierea minoritarilor cu dificultăţi de integrare;

- consilierea persoanelor cu nevoi speciale şi a familiilor lor;

- consilierea managerială şi terapia organizaţională;

- consilierea pastorală şi spirituală;

- sacroterapia şi thanatoterapia (terapia persoanelor în iminenţa morţii);

- psihoterapiile stresului posttraumatic şi consilierea în situaţii de pierdere traumatogenă (corporală, relaţională, profesională şi socială – incapacitate de muncă, şomaj prelungit, dezrădăcinare, război, catastrofe naturale etc.);

- psihoterapiile de resocializare a bolnavilor psihotici şi a persoanelor cu handicap, precum şi a celor cu nevoi speciale;

- psihoterapiile asociate în tratamentul medical, complex şi recuperator al bolnavilor psihici, psihosomatici, somatici.

Menţionăm ca în ultimii ani s-au făcut în România eforturi de revigorare şi dezvoltare a consilierii în domeniul şcolar şi al orientării profesionale şi cel puţin câteva cărţi sunt de referinţă în acest sens (Gh. Tomşa, 1996, 1999 şi Ioana Stancu, 2005). După cum se poate constata din desfăşurarea domeniilor aplicative de mai sus, rezultă că sfera de acoperire a consilierii şi intervenţiilor specializate de acest tip este mult mai extinsă decât cea a psihoterapiilor propriu-zise, lucru firesc, într-o lume cu multiple perturbări psihosociale, educaţionale şi spirituale, precum cea în care trăim.

Pe măsură ce transformările economice, politice, ideologice antrenează noi crize şi provocări sociale, oamenii se confruntă cu alte tipuri de probleme psihologice şi sociale ce necesită ajutor şi asistenţă specializată. Aşa încât ne aşteptăm ca în următorii ani, **odată cu integrarea ţării noastre în comunitatea europeană, dar şi ca urmare a impactului globalizării economice şi culturale, nevoia de consiliere integratoare, de facilitare, suport şi dezvoltare personală să crească.**

Un loc special printre beneficiarii acestor servicii îl ocupă tinerii şi copiii, **consilierea preventivă, în special a comportamentelor dezadaptative, delicvenţiale şi toxicodependente,** fiind actualmente o prioritate.

Din punct de vedere al **obiectivelor şi situaţiilor** care necesită acest tip de intervenţie se pot distinge alte câteva tipuri:

- **consilierea preventivă** (ex. programe de educaţie sanitară şi sexuală, de alegere a carierei, de integrare a copiilor cu nevoi speciale, de prevenire a riscului pentru consumul de droguri etc.);
- **consilierea de facilitare şi mediere** – ex. urmăreşte optimizarea comportamentului relaţional individual, de grup sau familial, asumarea responsabilităţii propriilor acţiuni şi dobândirea unui comportament mai asertiv şi prosocial. Corecţia unor comportamente care predispun la eşec relaţional sau la erori de înţelegere a anumitor situaţii, reacţii şi atitudini constituie obiectivul unei consilieri de remediere sau de adaptare.

Opţiunile educaţionale, comportamentele parentale, acomodarea între membrii unei familii disfuncţionale, adaptarea la mediul şcolar sau profesional, conştientizarea propriilor calităţi şi defecte, a intereselor, disponibilităţilor, talentelor şi aptitudinilor, integrarea într-un nou mediu socio-cultural **pot fi obiectivele unor demersuri de consiliere psihologică concertate şi clar diferenţiate de consilierea psihopedagogică sau educaţională, cu care de altfel conlucrează strîns:**

- **consilierea asociată cu dezvoltare personală, individuală sau în grup,** îşi propune stimularea expresiei personale, a creativităţii şi atitudinilor integratoare sau tolerante, a maturizării afective, cognitive şi spirituale, a puterii de manifestare şi afirmare a Eului, a competenţelor profesionale şi creatoare într-un domeniu. Ea urmăreşte realizarea procesului de **autoactualizare** (concept introdus de C. Rogers) şi conştientizarea stadiului de dezvoltare în care se află fiecare client. Consilierea stimulează conceptul de sine, modificarea stilului de viaţă pentru creşterea bunăstării şi acceptarea modificărilor fireşti care ţin de vârstă, ca şi acceptarea morţii ca pe un eveniment firesc, de tranziţie în ordinea naturală şi spirituală;
- **consilierea centrată pe situaţiile de criză** aduce sub focusul intervenţiei resemnificarea şi acceptarea momentelor de criză ca momente de

„creştere" personală şi interpersonală, prilej de schimbare a strategiilor nepotrivite sau eronate care s-au dovedit inadecvate în raport cu ciclul de viaţă şi cu contextul actual. Este un bun prilej de învăţare a unor răspunsuri alternative la probleme vechi care se repetă şi de reprocesare a semnificaţiilor evenimentelor dintr-o perspectivă schimbată sau mai matură. Consilierea ajută clientul aflat în situaţie de criză să se confrunte cu frustrările şi să-şi reformuleze noi obiective, să ierte şi să accepte pe alţii, iertându-se şi acceptându-se pe sine. Îl învaţă să facă faţă traumei, decepţiei, dezamăgirii sau imprevizibilului năucitor al unor situaţii, investindu-le cu sens. Ce *tipuri de crize pot fi asistate*? Toate tipurile de pierderi şi abuzuri, tentative suicidare, pierderi de sarcină şi reacţii postavort, sarcini nedorite sau rezultate în urma unui viol, pierderea locului de muncă, şomaj prelungit, pierdere în statut şi prestigiu, dependenţe diverse (alimentare, de droguri etc.), decesul unei persoane dragi, detenţie, dezechilibru financiar şi emoţional, anxietate de separare, divorţ, maladia gravă a unuia dintre membrii familiei, apariţia unui copil cu handicap sever sau impasul educaţional al acestuia – ex. copilul autist etc.

- **Evaluarea muncii de consiliere/ psihoterapie**

Succesul unei consilieri, ca şi al unei psihoterapii, constă în posibilitatea clientului de a **nu** rămâne ancorat sau dependent de terapeut, ca urmare a deblocării capacităţii sale de a-şi gestiona şi rezolva problema într-un mod responsabil. Aceasta presupune că persoana(ele) asistată(e) învaţă să emită soluţii discriminative, să-şi asume consecinţele, să evite repetarea erorilor şi, în caz de eşec, să aibe capacitatea de a se remotiva pentru o nouă încercare de soluţionare a problemelor, utilizându-şi toate disponibilităţile şi neaşteptând permanent o nouă formă de ajutor. Adică, altfel spus, învaţă să se auto-ajute... acceptându-şi în acelaşi timp limitele şi solicitând sprijin numai atunci când nu şi-l poate oferi singură, cu adevărat.

Acceptarea unei situaţii ireversibile, de genul unui handicap şi învăţarea convieţuirii cu el în condiţii de linişte, optimism şi menţinere a contactelor sociale integratoare poate fi de asemenea un succes al unei consilieri.

Un nivel crescut de autoîncredere şi de clarificare asigură autonomia clientului şi aşterne calea unor comportamente responsabile şi a unei bune capacităţi de a face faţă stresurilor, crizelor sau provocărilor existenţiale ulterioare.

Eşecul muncii unui consilier, ca şi a unui terapeut este lesne de observat atunci când persoana asistată stagnează în reacţii de negativism,

ție, lamentativitate, neajutorare și dependență sau își agravează reacțiile dezadaptative ori se ancorează în conduite de șantaj emoțional, comportament protestatar sau revendicativ, perseverând în eroare și autosabotându-se. Acesta este fie semnul unei intervenții neprofesioniste a consilierului (terapeutului), fie este indicatorul necesității unui proces terapeutic mai adânc și mai bine structurat. În consecință, cazul poate fi orientat către un alt terapeut profesionist sau către un alt consilier.

Uneori, condițiile externe, contextul socio-familial sau socio-cultural pot frâna sau defavoriza demersul unei consilieri individuale, de aceea este necesar ca intervenția să fie pe cât posibil *multidisciplinară* și să nu ignore niciunul dintre factorii care pot contribui la o situație de criză. Lucrul cu familia extinsă, de pildă, sau cu colectivitatea implicată, într-o manieră sistemică, lărgește șansele unei intervenții corecte, de succes.

- **Condiții facilitatoare ale consilierii și psihoterapiei**

Un rol important în profesarea activității de consilier/ psihoterapeut îl deține *respectarea nevoilor și valorilor clientului, precum și a caracteristicilor sale diferențiale,* care reflectă o anumită cultură, cu norme, tradiții și valori familiale, morale și spiritual-religioase specifice. Consilierii au avut întotdeauna în vedere *reperele socio-culturale și istorice ale evoluției persoanelor asistate,* iar recent activitatea lor s-a îmbogățit cu *consilierea cross-culturală*, care semnalează semnificația luării în atenție a diferențelor între consilier (terapeut) și client privind mediul cultural, social, etnic sau rasial. În special consilierii și psihoterapeuții care asistă persoane aparținând unor grupuri minoritare, cum ar fi imigranți, homosexuali, vârstnici, toxicodependenți etc. au nevoie să înțeleagă atitudinile, valorile, credințele și problemele fiecărui grup minoritar. Așa de pildă, consilierea și terapia suportivă gerontologică poate ajuta vârstnicii să se reintegreze în viață, să accepte moartea cu seninătate sau să se pregătească pentru marea trecere. Dar pentru aceasta este nevoie ca acel consilier sau terapeut să fie familiarizat cu realitatea existențială a vârstnicilor, care se confruntă cu un risc ridicat pentru depresie, alcoolism și tendințe suicidare, dificultăți financiare și de sănătate ireversibile.

O altă problemă care este necesar să se aibe în vedere o constituie discriminările, stereotipiile și prejudecățile cu care se confruntă grupurile de minoritari, fie ele mascate sau exprimate. Dezvoltarea identității de sine și autoacceptarea sunt obiective importante în munca de consiliere și psihoterapie, ca și în cea de dezvoltare personală. Intervențiile pe grupuri minoritare sau asistarea persoanelor care fac parte din această categorie pot fi făcute corect numai în baza cunoașterii *etapelor psihologice prin care trec oamenii cu sentimente de opresiune.*

Modelul teoretic elaborat de Atkinson (apud. M. L. Stănescu, op. cit., p. 23) precizează particularitățile acestor etape, după cum urmează:

- *conformarea* – se apreciază cultura dominantă, se dezaprobă propria cultură şi se manifestă atitudini discriminative față de alte culturi;
- *disonanța* – apare un conflict între aprecierea şi dezaprecierea propriului grup, pe de o parte, iar pe de altă parte, între aprecierea şi dezaprecierea propriului grup şi a grupului dominant;
- *rezistența* – se caracterizează prin conflictul dintre empatia față de alte minorități şi etnocentrism, pe de o parte, şi dezaprecierea grupului majoritar, pe de altă parte;
- *introspecția* – se referă la analiza propriului grup, la evaluarea altora pe baza etnocentrismului;
- *articularea sinergică sau conştientizarea*: aprecierea propriului grup şi a altor minorități şi aprecierea selectivă a grupului dominant.

Pentru a evalua corect un client care aparține altor grupuri culturale, consilierul şi psihoterapeutul trebuie să cunoască istoria socială şi calitățile distinctive ale subgrupurilor etnice sau socio-economice, cum ar fi, de pildă, ce înseamnă pentru acel grup a fi normal sau anormal. Orice proces terapeutic sau de consiliere urmăreşte producerea de modificări în viața clienților. Ori, în consilierea grupurilor minoritare, o parte din mijloacele intervențiilor clasice se pot dovedi inadecvate, ca de pildă contactul vizual, exteriorizarea sentimentelor, a vorbi mai mult decât a acționa etc. „Cunoaşterea fundamentelor culturale şi sociale ale profesiunii de consilier este utilă acestuia în tentativa de a-i ajuta pe clienți să îşi identifice sau reconcilieze rolurile diferite pe care le joacă în viață. Se formează o receptivitate față de problemele etnice şi culturale ale unei societăți multiculturale şi se obține o familiarizare cu paleta atât de largă a problemelor din viața de zi cu zi.

În final, consilierii trebuie să cunoască multe alternative ale stilului de viață, pentru a asista clienții în rezolvarea problemelor de viață." (op. cit., p. 24).

Psihoterapeuții nu fac nici ei excepție de la respectarea acestor cerințe. Coloratura manifestărilor psihopatologice şi cea a reacțiilor în contextul bolilor somatice poate să difere de la o cultură la alta, de la un spațiu geografic la altul.

ÎNTREBĂRI ŞI EXERCIŢII

1. Care sunt elementele comune şi diferenţiale între consiliere şi psihoterapie?
2. Identificaţi punctele nodale în istoria constituirii domeniului consilierii şi psihoterapiei.
3. Care sunt principalele tipuri şi forme de consiliere?
4. Care sunt principalele tipuri şi forme de psihoterapie?
5. Ce domenii aplicative vă incită în mai mare măsură, dacă aţi opta pentru practicarea consilierii sau a psihoterapiei?
6. În ce fel vă simţiţi disponibili, interesaţi sau dornici să exercitaţi o astfel de activitate?
7. Cu ce categorie de clienţi aţi evita să lucraţi sau v-ar fi dificil? Motivaţi această opţiune.
8. Cu ce categorie aţi aspira să lucraţi? Motivaţi această aspiraţie.
9. Motivaţii atracţiile şi respingerile sau reţinerile pe care le resimţiţi în eventualitatea că aţi fi în situaţia să asistaţi psihologic anumite categorii de clienţi, pacienţi.
10. Ce impact are asupra voastră contactul şi relaţia cu astfel de categorii de persoane?
11. Ce aşteptaţi de la voi în calitate de psiholog? În ce măsură aşteptările voastre se întâlnesc cu obiectivele şi particularităţile de derulare a acestei munci de asistare psihologică?

CAPITOLUL III

Formarea terapeuților – precondiții, cunoștințe teoretice, abilități, competențe

- **Precondiții și cunoștințe teoretice în relația de ajutor terapeutic**

Oferta de ajutor pe care o practică psihoterapeuții și consilierii diferă de alte tipuri de ajutor pe care le găsim în viața cotidiană. Identitatea profesională a acestor roluri profesionale s-a decantat treptat, înglobând cunoștințe teoretice variate:

- psihiatria și psihologia clinică,
- teoriile învățării și dezvoltării,
- psihanaliza,
- consilierea pastorală,
- psihologia socială și a dezvoltării,
- psihologia cuplului și a familiei.
- psihodiagnoza personalității, în special proiectivă,
- psihodiagnoza cogniției, stadiilor dezvoltării și a creativității.

O **precondiție** în practicarea psihoterapiei este nivelul de maturitate psihologică și biologică, de echilibru și sănătate mentală, de integrare armonioasă psihocorporală. Majoritatea școlilor formatoare în psihoterapie consideră că vârsta minimă de la care se poate practica psihoterapia și consilierea este 25 de ani, evident după un stagiu complet incluzând pregătirea academică teoretică, analiza și/sau dezvoltarea personală didactică (individuală și/sau în grup) și abilitarea postuniversitară (masterală) pentru practicarea profesiei. Vârsta prin ea însăși, asociată cu respectarea condițiilor mai sus menționate, nu asigură și nu garantează însă obligatoriu posibilitatea și disponibilitatea unei practici adecvate și cu atât mai puțin de succes terapeutic. Intervine și o altă variabilă care ține de un anumit talent sau aptitudine pentru a fi terapeut, o personalitate disponibilă și adesea carismatică, matură cognitiv, emoțional și spiritual, o vivacitate și sănătate mentală și corporală, conectată la relația de sprijin, împărtășire și cataliză a proceselor vindecătoare sau armonizatoare la nivelul indivizilor și relațiilor interumane. Cu cât persoanele motivate și formate înaintează în vârstă și în capacitatea de autoechilibrare și evoluție creatoare, cu atât devin mai disponibile pentru o muncă de succes în aceste domenii, cu mai puțin efort și cu efecte mai durabile. Lucrul cu sine, lucrul de integrare și dezvoltare personală continuă, supervizarea și intervizarea

în echipa de profesionişti ca modalitate de igienă mentală şi profesională a terapeutului, asocierea mişcării, sportului şi practicilor meditative, precum şi a unui regim sănătos şi echilibrat de viaţă – sunt condiţii permanente în practicarea şi formarea continuă pentru profesia de terapeut.

După Kurplus, se precizează patru caracteristici ale **relaţiei de ajutor terapeutic sau de consiliere** care necesită existenţa şi dezvoltarea anumitor resurse personale, fără de care actul terapeutic nu poate avea loc:

- este o relaţie umană;
- presupune o influenţă socială;
- dinamica ei depinde de abilităţile şi deprinderile profesioniste ale consilierului (skills), dar şi de capacitatea responsivă a clientului;
- presupune o pregătire teoretică hotărâtoare.

În calitatea lor de *relaţii umane*, consilierea şi terapia se bazează pe trei resurse de bază: **empatie, respect şi adevăr**.

Empatia emană şi se manifestă din ascultarea activă, centrată pe sentimente exprimate sau neexprimate verbal de client, dar sugerate sau relevate nonverbal. Empatia, ca o componentă de bază a personalităţii consilierului şi terapeutului poate fi măsurată şi exprimată sub mai multe forme. Ivey (1988) distinge empatia substractivă (prin care consilierul/terapeutul se îndepărtează de client), empatia bazală (în care răspunsurile consilierului sunt paralele cu enunţul clientului) şi aditivă (în care răspunsul consilierului invadează ideile şi sentimentele clientului).

Respectul presupune menţinerea unei atitudini non-evaluative faţă de client, atenţie acordată clientului, acceptarea sa necondiţionată şi valorizarea lui ca o persoană demnă de stimă şi valoare, cum afirmă C. Rogers (1951).

Sinceritatea şi onestitatea se referă la poziţia faţă de sine a terapeutului, congruenţa între ideile, sentimentele, comportamentul şi orientarea sa teoretică. Sinceritatea şi deschiderea de sine sunt „paşaportul" către încrederea clientului.

Relaţia de consiliere-terapie realizează şi un proces de *influenţă socială*. Sensul acestei forme de influenţă socială constă în stimularea unei dezvoltări armonioase a celui asistat. Acest lucru nu se poate realiza decât dacă un consilier sau un terapeut îşi dezvoltă la rândul lui o serie de calităţi.

Pietrofesa, Hoffman şi Splete (1984) consideră că cele mai semnificative *calităţi* care definesc un consilier sunt: competenţa, puterea şi intimitatea.

Prin *competenţă,* autorii înţeleg abilitatea consilierului şi terapeutului de a-şi accepta propriile limite, de a se comporta pozitiv cu clienţii, de a emite aşteptări realiste faţă de clienţi.

Puterea se referă la abilitatea consilierului şi terapeutului de a influenţa clientul fără a-l controla, iar *intimitatea* vizează abilitatea lui de stabili o relaţie

sinceră şi deschisă, fără teama respingerii. La acestea se adaugă şi alte calităţi necesare, dar care luate în sine nu sunt suficiente pentru exercitarea profesiei de consilier şi de psihoterapeut, cum ar fi: abilitatea de a demonstra nivelul de *expertiză* (competenţă), *atractivitatea* (capacitatea de a fi plăcut şi de a induce gânduri pozitive despre sine), *credibilitatea* (rezultată din nivelul său de congruenţă între comportamentul verbal şi cel non-verbal – mimico-pantomimic, gestual, neuro-vegetativ, emoţional).

Cunoştinţele teoretice îi ajută pe ambii specialişti să aibe acces la psihologia clienţilor, la dinamica personalităţii lor în situaţii variate. Oricare ar fi orientarea teoretică pentru care optează un terapeut sau un consilier (psihodinamică, cognitivă sau umanist-experienţială), el trebuie să cunoască foarte bine teoriile personalităţii, să posede cunoştinţe despre dezvoltarea umană (a vârstelor), despre conceptele de bază ale consilierii, modelele şi tehnicile de bază ale psihoterapiei.

Complementar modelului medical, consilierea, ca şi psihoterapia, acţionează asupra întregii persoane, inclusiv asupra relaţiei dintre componentele mediului şi cele intrapsihice. Se dezvoltă astfel o **atitudine de mobilizare anti-boală şi o stimulare a resurselor compensatorii** prin care clientul este eliberat de prejudecăţi şi anxietate de eşec, fiind înţeles în contextul realităţii în care trăieşte.

Se poate vorbi de o „filosofie" a consilierii şi psihoterapiei profesionale bazată pe trei principii:

- sarcina esenţială este depăşirea sau resemnificarea impasului existenţial şi maladiv prin facilitarea dezvoltării umane şi a resurselor creative şi rezolutive ale beneficiarului;
- contactul cu realitatea clientului sau pacientului (consilierul şi terapeutul trebuie să ia în considerare mediul social, psihic şi fizic al acestuia, scenariul lui de viaţă);
- scopul este de a pregăti o corespondenţă dinamică între persoană şi mediu şi de a dezvolta procesele autocompensatorii şi strategiile de coping la evenimentele şi situaţiile actuale şi viitoare.

Rezultatul aplicării acestei intervenţii este dezvoltarea **sinelui psihosocial matur,** astfel încât să atingă un nivel de funcţionare superior. Ce presupune acesta:

- rezolvare de probleme de viaţă,
- fortificare în faţa schimbărilor,
- o adaptare mai flexibilă,
- un mai bun control al propriei vieţi.

Cunoştinţe specifice

- **Pentru consilieri**

„Vizând aspectele psiho-sociale mai mult decât cele intra-psihice ale dezvoltării şi creşterii, consilierii trebuie să cunoască semnificaţia unor concepte precum: rol social, comportament social, comportament de <<coping>>, sarcinile dezvoltării, raportul dintre comunitate şi grupul social, program de prevenire sau remediere." (L. M. Stănescu, op. cit., p. 27).

- **Pentru psihoterapeuţi** – suplimentar celor de mai sus ei trebuie să aibă o cunoaştere aprofundată:

- a psihopatologiei şi patologiilor sociale;
- a mecanismelor intrapsihice perturbate şi compensatorii;
- a dinamicilor inconştiente individuale;
- a structurilor de personalitate în evoluţia lor;
- a tipurilor de traume şi blocaje, precum şi a valorii lor simbolice în confruntarea cu viaţa şi în relaţiile interpersonale.
- a dinamicilor şi temelor disfuncţionale familiale şi transgeneraţionale.

- **Nivelul de competenţă (abilitare şi deprinderi)**

Se poate antrena şi optimiza prin programe speciale.

După Egan (1988), trainingul de abilitare urmăreşte **dezvoltarea următoarelor abilităţi:**

- stabilirea unei relaţii „lucrative" – alianţa terapeutică;
- comunicarea de bază şi avansată;
- capacitatea de o oferi sprijin clientului în a descoperi căile de auto-ajutorare şi auto-stimulare;
- clarificarea problemei (problemelor);
- formularea scopului sau a ţintei;
- elaborarea unui program de dezvoltare;
- implementarea programului;
- evaluarea rezultatelor finale.

Aceste deprinderi profesionale facilitează la asistat dezvoltarea unor deprinderi proprii de rezolvare a problemelor şi de auto-responsabilizare.

Precizăm că etapele unui proces de **consiliere**, privită ca o relaţie de ajutor, sunt, în acord cu Gazda (1984), în mare măsură coincidente cu cele generale ale unui proces **psihoterapeutic şi se bazează pe dobândirea următoarelor competenţe şi abilităţi:**

1. facilitare – etapă axată pe înţelegere şi explorare de sine, pe baza a trei abilităţi ale consilierului: empatie, respect şi stil cald;

2. tranziţie – facilitarea propriei înţelegeri şi a angajării în schimbare. Aceasta necesită concreteţe, adevăr şi deschidere de sine din partea consilierului;

3. acţiune – angajează alte două abilităţi ale consilierului: confruntarea şi urgenţa pentru a determina clientul să se implice într-o direcţie corespunzătoare.

Oricărui terapeut (consilier), intermediar între organizaţia din care face parte şi persoanele aflate în dificultate, îi sunt atribuite, în general, următoarele competenţe şi cunoştinţe indispensabile:

- cunoaşterea principalelor etape ale dezvoltării umane;
- cunoaşterea problematicii familiei şi a riscului de a deveni înlocuitor al părinţilor;
- cunoaşterea sistemului de valori al adulţilor, copiilor şi adolescenţilor din comunitatea respectivă;
- cunoaşterea reţelei de instituţii de stat şi de organizaţii neguvernamentale;
- cunoaşterea principalelor reglementări privind protecţia copilului;
- cunoaşterea şi respectarea codului etic şi deontologic al profesiei de psiholog şi psihoterapeut.

• Competenţa autocunoaşterii şi personalitatea psihoterapeutului

Asumpţia noastră este că una dintre cele mai importante competenţe ale consilierului şi terapeutului, dacă nu cumva cea mai importantă, este aceea de a se cunoaşte pe sine însuşi, ca persoană. În pregătirea pentru profesie, viitorul consilier poate asimila perfect aspectele metodologice ale diferitelor etape practice ale intervenţiei. El poate învăţa să devină un operator expert în proiectul de reintegrare socială a adulţilor şi de prezervare a sănătăţii psihice şi psihosociale, poate fi un excelent cunoscător al legislaţiei în vigoare privind protecţia copilului şi depozitarul avizat al tehnicilor de intervenţie.

Deşi aceste cunoştinţe şi abilităţi sunt esenţiale, credem că, prin ele însele, nu sunt suficiente. Pentru a stabili, menţine şi dezvolta o relaţie profesionalizată, consilierul şi psihoterapeutul, ca şi echivalentul său din alte domenii ce presupun eficienţa şi asistarea contactului uman (medicina, asistenţa socială, pedagogia), se află în situaţia de a explora, de a înţelege şi de a optimiza şi celălalt pol al relaţiei în care s-a angajat. Cu alte cuvinte, PE SINE ÎNSUŞI (Iolanda Mitrofan, A. Nuţă, 2005, p. 57-67).

În orice interacţiune ce valorizează contactul uman, unul dintre cei mai puternici determinanţi ai procesului de schimbare ne pare a fi **dimensiunea umană**. Nu putem promova creşterea sau dezvoltarea în clienţii noştri dacă nu reuşim să facem asta, mai întâi, în noi înşine. Sursa cea mai bună care ne poate susţine în eforturile de a-l asista pe celălalt, aflat temporar într-o situaţie dezavantajoasă, este experienţa continuă a ceea ce suntem şi străduinţa de a ne trăi întregul potenţial.

„Dacă nu ne cunoaştem natura reală, dacă nu suntem atenţi la nevoile şi resursele noastre, dacă nu ne experimentăm propria fiinţă, inclusiv în zonele ei oarbe, necunoscute sau ascunse, înclinăm să considerăm cunoştinţele teoretice, oricât de ample, şi expertiza metodologică, oricât de sofisticată, la fel de utile ca masajul conştiincios la piciorul de lemn al unui pacient." (op. cit., 2005, p. 57).

Chiar dacă lucrează într-o echipă de specialişti (medic, asistent social, psiholog, sociolog, pedagog), cu funcţii şi roluri bine definite, psihoterapeutul nu este în niciun fel scutit de contactul cu propriul univers interior, contact ce precede şi condiţionează, într-o manieră greu de cuantificat, contactul cu universul celuilalt. Dacă această relaţie dintre conştiinţa şi lumea sa lăuntrică este neclară, distorsionată sau, şi mai grav, complet neexplorată, credem că psihoterapeutul poate iniţia, derula şi finaliza oricât de multe proiecte de intervenţie individuală şi socială. Ele vor fi tot atâtea eşecuri.

Din aceste motive, training-urile pentru consilieri şi psihoterapeuţi au nevoie, pe lângă componentele teoretice sau practice (lucrul didactic) şi de un set de demersuri experienţial–formative cu scop de cunoaştere, analiză, dezvoltare personală şi optimizare psihologică a viitorului profesionist. A lucra cu tine însuţi, dar şi cu ceilalţi, într-un grup experienţial, este, credem, modalitatea cea mai bogată în posibilităţi de clarificare şi unificare interioară, pentru a deveni nu doar profesionist, ci şi o persoană autentică (idem op. cit.).

- **Dimensiuni ale personalităţii consilierului. Cât de autentic este?**

În cartea citată mai sus (op. cit. ibidem, p. 57-67), **Adrian Nuţă** argumentează asupra faptului că „relaţia pe care consilierul/ terapeutul o stabileşte cu clientul său, şi care este o formă subtilă de învăţare, reclamă renunţarea atentă la rolurile stereotipe şi manifestarea ca o persoană reală. În absenţa unei interacţiuni între persoane reale, clientului îi va fi imposibil să experimenteze creşterea şi să se raporteze la partenerul său de dialog nu ca la un reprezentant al lumii pe care o respinge sau din care se simte exclus, ci ca la o persoană.

Când terapeutul se ascunde în spatele rolului profesional, fiind nesigur de ceea ce este el cu adevărat, clientul se ascunde în spatele rolului corespondent, anume acela de client-problemă. Clientul este de asemenea nesigur, iar cele două tipuri de insecuritate se alimentează reciproc în planul inconştient al fiecăruia dintre cei doi protagonişti, făcând relaţia tot mai inautentică, contraproductivă şi, pe termen lung, epuizantă. Consilierul (terapeutul) poate ajunge să se simtă uzat, măcinat sau „stors" în contactele sale.

Când terapeutul se disociază de propriile valori şi trăiri emoţionale, în numele unei „detaşări profesionale", relaţia devine sterilă.

Consilierul (terapeutul) autentic, apt pentru a-şi revela propriul univers lăuntric, îl „atinge" emoţional pe clientul său. Real în relaţia pe care o stabileşte şi lăsându-se cunoscut, cu discriminare, îl poate inspira şi ajuta pe client, în sensul cel mai bun al acestor cuvinte. Aceasta nu înseamnă că îşi va dezvălui brutal propriile vulnerabilităţi, spaime sau dezamăgiri, ci că se comportă ca fiinţă umană, confruntându-se şi încercând să facă faţă unei vieţi problematice.

Oricum am privi lucrurile, acesta serveşte ca model pentru client. Dacă oferta sa relaţională este caracterizată de comportamente incongruente, măşti profesionale şi activităţi cu risc scăzut, clientul va imita acest model, nu va avea încredere şi se va angaja într-o relaţie lipsită de onestitate.

Indiferent de ceea ce se întâmplă, interacţiunea consilier–client lasă urme. Clientul îşi poate mobiliza resursele, venind mai aproape de ceea ce poate să fie sau, dimpotrivă, îşi blochează şi mai mult resursele, îndepărtându-se de ceea ce poate să fie. O relaţie care a eşuat nu este un simplu eşec, fără niciun fel de consecinţe. Evenimentul este procesat, cel mai adesea, la nivel inconştient, atât de client, a cărui insecuritate se consolidează, cât şi de consilier, căruia îi poate spori, de exemplu, ostilitatea ascunsă.

Din perspectiva noastră, mobilitatea conştienţei, vitalitatea interioară şi sănătatea psihologică sunt variabile cruciale pentru succesul consilierului şi al tuturor persoanelor implicate în organizaţii cu vocaţie umanitară. Alături de cunoştinţe, competenţa tehnică şi abilităţile de contact, ele definesc un consilier care, înainte de a fi profesionist, este o fiinţă umană autentică".

• Există un set obligatoriu de calităţi personale?

Vom prezenta în continuare o serie de trăsături ce ne par a fi în mod particular importante pentru terapeuţii care urmăresc să producă schimbări semnificative în viaţa altora.

În replică şi ca o completare la profilul şi indicatorii sistematizaţi de G. Corey, A. Nuţă (ibidem op. cit. 2005, p. 60-63) precizează că „trăsăturile sau însuşirile enumerate nu le considerăm obligatorii sau indispensabile unei relaţii

de ajutor eficiente. Există totuşi o calitate obligatorie: **orientarea conştientă spre evoluţie.**"

Astfel, terapeutul:

- **Are o identitate.** El ştie cine este, ştie ce vrea de la viaţă şi discerne între aspectele esenţiale şi neesenţiale ale acesteia. Chiar dacă şi-a stabilit clar scopurile şi valorile, este gata oricând să le reexamineze, pentru a avea acces la niveluri superioare de eficienţă personală şi interpersonală. Scopurile şi valorile sale nu sunt simple răspunsuri la ceea ce alţii aşteaptă sau doresc de la el, ci sunt expresii ale gradului de conştientizare a nevoilor interioare.
- **Trăieşte în prezent.** Nu este nici fixat în trecut şi copleşit de amintiri, nici îngrijorat sau preocupat excesiv de viitor. Este capabil să savureze momentul prezent şi să absoarbă experienţa de fiecare clipă, chiar dacă aceasta este dezagreabilă sau dureroasă. Deschis spre experienţa emoţională a celorlalţi, poate fi alături de ei, în „prezentul" lor, indiferent dacă este umplut cu bucurie sau cu suferinţă.
- **Îşi recunoaşte şi îşi acceptă propria putere.** Se simte adecvat în raporturile cu ceilalţi şi le permite să-şi manifeste puterea. Dispune de energie vitală pentru a lua decizii. Utilizează puterea în beneficiul clienţilor şi nu abuzează de ea.
- **Se respectă şi se apreciază.** Din acest centru personal al respectului de sine radiază ajutorul pe care îl poate oferi celorlalţi, fără a-i face dependenţi sau datori. De asemenea, este capabil să ceară şi să primească ajutorul din exterior, evitând a se izola de ceilalţi într-o falsă demonstraţie a puterii sau valorii individuale.
- **Este deschis către schimbare.** În loc de a trăi conform scenariilor scrise de mediul familial, de ereditatea sa sau de ambianţa în care îşi duce viaţa, se conduce pe sine dinăuntrul propriului sistem de valori, fiind disponibil a se avânta în necunoscut dacă nu este satisfăcut cu ceea ce este. Deschis către nou, îi permite conştienţei să se extindă şi nu se limitează la comportamente şi activităţi verificate ale căror consecinţe sunt previzibile.
- **Este capabil să se reinventeze.** Dispune de energie pentru a-şi restructura pozitiv relaţiile interpersonale, se regenerează şi se reproiectează continuu, acţionând pentru a deveni persoana care crede că poate să fie.
- **Îşi expansionează conştiinţa.** Ştie că atât timp cât conştiinţa este limitată şi libertatea este limitată. De aceea, nu îşi blochează energia în comportamente şi atitudini defensive, ci o investeşte creativ în acţiuni care-i lărgesc individualitatea. Se plasează astfel pe spirala ascensională a dezvoltării personale, care duce la forme tot mai evoluate de independenţă responsabilă şi interdependenţă fertilă.
- **Are toleranţă înaltă la ambiguitate.** Deoarece creşterea presupune părăsirea a ceea ce este familiar şi aventurarea pe un teritoriu necunoscut,

oamenii angajați în procesele de evoluție psihologică sunt capabili să accepte un grad înalt de ambiguitate în viețile lor. Aceasta coincide cu o încredere superioară în judecățile şi evaluările intuitive, alături de dorința de a se confrunta cu situații noi.

- **Face alegeri care îi modelează viața.** Este conştient de primele condiționări la care a fost supus şi de circumstanțele care l-au modelat ca personalitate. Nu este victima lor şi le poate revizui când consideră că este cazul.
- **Este proactiv şi nu reactiv.** Are capacitatea de a subordona o pulsiune unei valori. O persoană reactivă este afectată de ambianța socială. Dacă este tratată cu considerație, se simte bine; dacă nu, se retrage pe o poziție defensivă. Persoana proactivă este influențată de stimuli externi, dar răspunsul ei este o opțiune, un răspuns ghidat de valori selectate cu grijă.
- **Este sincer şi onest.** Este angajat în trăirile şi gândurile sale şi nu încearcă să pretindă că este altceva sau altcineva. Este pregătit pentru a se dezvălui în mod adecvat celor care merită. Nu se ascunde în spatele măştilor, rolurilor sau comportamentelor de fațadă.
- **Îşi dezvoltă un stil de lucru propriu.** Acesta este expresia filosofiei sale de viață şi consecința naturală a experiențelor pe care le-a asimilat. Deşi poate împrumuta idei, tehnici sau modalități de acțiune de la cei din jur, nu o face mecanic.
- **Are simțul umorului.** Poate să râdă de propriile erori, contradicții sau prostii. Simțul umorului îl ajută să nu fie copleşit de probleme sau imperfecțiuni.
- **Este capabil să cunoască lumea clientului.** Numită de unii „empatie", de alții „intuiție simpatetică", această calitate îi permite să fuzioneze temporar cu trăirile celuilalt, fără a-şi pierde însă propria identitate. Calitate fundamentală pentru interacțiunea socială eficientă, empatia este o modalitate de cunoaştere şi înțelegere a semenului care exclude supra-identificarea cu el.
- **Îşi recunoaşte propriile greşeli.** Admite că a greşit şi transformă erorile în tot atâtea prilejuri de a învăța. Nu este invadat de vină şi nu se lamentează în legătură cu ceea ce nu a făcut sau cu ceea ce ar fi trebuit să facă. Fără a-şi trata greşelile cu superficialitate, alege să meargă mai departe, asimilând ceea ce este esențial.
- **Are un interes sincer pentru bunăstarea celuilalt.** Această atitudine se bazează pe respectul, grija şi aprecierea celuilalt ca o persoană valoroasă. Fiind atent la proiecția propriilor trăiri asupra dorințelor şi trebuințelor celuilalt, acționează într-o manieră ce depăşeşte simpla reciprocitate comportamentală.

Oricine poate parcurge aceste caracteristici le poate aprecia drept nerealiste. Cine ar putea fi în toate aceste feluri?

Există o modalitate prin care aceste calități pot fi înțelese şi acceptate cu uşurință. Ea rezidă într-o schimbare a perspectivei de la „totul sau nimic" la

imaginea unui continuum. La un pol, o calitate este extrem de caracteristică pentru o persoană supusă evaluării, la celalalt pol este extrem de necaracteristică. Între aceşti doi poli există, teoretic, o infinitate de puncte ce definesc procentul sau gradul în care o calitate sau trăsătură aparţine unei persoane.

Lista pe care am alcătuit-o nu are rolul de a descuraja definitiv consilierul şi terapeutul în formare ci, mai degrabă, **de a-i permite să examineze şi să dezvolte o concepţie proprie asupra calităţilor pe care se va strădui să le urmărească pentru a promova creşterea atât în el însuşi, cât şi în clienţii săi.**

- **Ce se întâmplă cu valorile personale?**

Analiza rolului, locului şi influenţei valorilor este un subiect de mare sensibilitate în toate profesiile centrate pe contactul uman şi oferta de ajutor. Şi în cazul consilierului sau psihoterapeutului, întrebările cheie se reiterează (ibidem op. cit., p. 63-64):

1. Este de dorit să nu emită judecăţi de valoare în raport cu alegerile clientului său? Altfel spus, e posibil ca terapeutul să evalueze evenimentele care-i afectează viaţa, dar să-şi cenzureze aprecierea valorică a modalităţilor acţionale şi atitudinale specifice clientului său?
2. Este posibil să fie în dezacord cu valorile clientului său şi totuşi să le accepte necondiţionat?
3. Cât de „neutru" este un consilier (terapeut) atunci când îşi provoacă clientul să reflecteze asupra propriului comportament, pentru a afla dacă ceea ce obţine este totuna cu ceea ce îşi doreşte?
4. Cum îşi poate conserva consilierul (terapeutul) propriile valori dacă, în acelaşi timp, îi permite clientului să selecteze liber comportamente sau valori care diferă net de ale sale, fiind uneori chiar opuse?
5. Ce diferenţă este între consilierul care îşi exprimă direct valorile şi consilierul care le exprimă indirect, „ghidându-l" pe client pentru a le accepta, spre binele lui?
6. Care este cea mai indicată procedură pentru consilierul (terapeutul) care se află într-un conflict valoric evident cu clientul său?
7. Cum va acţiona consilierul (terapeutul) atunci când organizaţia în care lucrează adoptă o poziţie precisă privind anumite comportamente şi valori?
8. Cât de justificată este acţiunea unui consilier (terapeut), atunci când este convins că valorile clientului său îl conduc spre comportamente antisociale sau autodistructive?

Cine poate da răspunsuri corecte? Există oare răspunsuri corecte? Peisajul etic descris mai sus are însă şi câteva zone clare.

Astfel, este crucial pentru terapeut să fie conştient de valorile sale, de modul cum le-a dobândit şi de felul cum acestea îi influenţează interacţiunea cu clienţii.

Chiar dacă uzează de ceea ce pare a fi „înţelepciunea" sau „cunoaşterea" sa, el nu oferă soluţii prefabricate clientului său. În felul acesta, oferta de ajutor nu devine sinonimă cu predica sau activitatea didactică.

De aici nu rezultă că atitudinea cea mai potrivită pentru consilier şi terapeut este aceea de a rămâne neutru, indiferent sau pasiv. Mai degrabă, el poate provoca valorile clientului său şi, în cazul unor comportamente distructive, îl poate confrunta cu consecinţele faptelor sale, susţinându-l şi încurajându-l în eforturile de evaluare.

Pe de altă parte, chiar dacă nu impune direct anumite valori, terapeutul le transmite prin practica sa, prin scopurile pe care le urmăreşte şi prin procedurile tehnice pe care le urmează. Intervenţia consilierului (terapeutului) este influenţată de valorile şi de filosofia sa de viaţă.

În lucrul cu clienţii săi, sarcina sa este să rămână alert la pericolele de a-i manipula şi de a-i determina să accepte valori care nu le sunt proprii sau pentru care nu sunt încă pregătiţi, devenind astfel un substitut parental.

Când terapeutul menţine în câmpul conştiinţei atât valorile sale, cât şi valorile clientului său, el poate opta, cu cel mai înalt grad de responsabilitate posibil, pentru o direcţie de acţiune sau alta, fiind conştient de întemeierea deciziei sale şi de consecinţele ei previzibile, atât asupra clientului, cât şi asupra lui însuşi.

• Formarea consilierului şi psihoterapeutului în grupul experienţial

Grupul experienţial, prin trăsăturile sale cardinale, răspunde la un nivel maximal nevoilor membrilor de a se autocunoaşte şi autoafirma, de a experimenta modalităţi de interacţiune noi, sincere, autentice.

Grupul acţionează ca o „insulă culturală", în care sunt suspendate temporar regulile jocurilor sociale, valorile convenţionale şi stereotipurile comportamentale, în care sunt identificate şi asistate pentru a fi depăşite atitudinile impersonale, inautentice.

Pentru viitorul consilier (terapeut), grupul experienţial este un spaţiu de ameliorare şi creştere a competenţei interpersonale şi a eficienţei relaţionale. Îmbunătăţirea imaginii de sine, decristalizarea percepţiilor rigide faţă de sine şi/sau faţă de alţii, restructurarea emoţională, restructurarea cognitivă – sunt doar câteva dintre direcţiile de utilizare a resurselor grupului.

Grupul experiențial, prin experiența de participare, satisface nevoile de apartenență ale oamenilor, implicându-i într-o micro-colectivitate în care au ocazia de a se confirma prin intermediul altora. În grup, membrii comunică efectiv și se autodezvăluie, fiecare înțelegând astfel că nu este singurul care are o anumită problemă. Membrii grupului sunt oglinzi fidele, iar reacțiile lor autentice sunt factori de igienizare mentală.

Grupul este un sistem tranzient, iar scopul întâlnirii membrilor este transformarea. Grupul este un perimetru de auto- și inter-formare pentru viitorii psihoterapeuți și consilieri, o experiență de „creștere împreună".

La nivelul grupului, contactul este trăit în sensul unicității celuilalt și în sensul conștientizării deosebirilor și asemănărilor dintre membrii grupului. Experiența individualității și experiența comunității se întrepătrund. Fiecare persoană din grup este provocată la autodescoperire și, simultan, este susținută în confruntarea sa cu situația provocativă.

Participanții la grupul experiențial își conștientizează și își dezvoltă capacitatea de a se auto-observa și auto-explora, de a se evalua și reevalua, de a oferi suport comprehensiv empatic și stimulativ în relațiile interpersonale. Dinamica interacțională conduce la diminuarea rezistențelor și apărărilor, la asimilarea și resemnificarea experiențelor traumatizante ca modalități de extindere a experienței individuale.

Membrii grupului experiențial dobândesc experiența de a lucra cu sine și prin sine, cu și prin intermediul grupului, ceea ce amplifică implicarea, responsabilitatea și recunoașterea libertății personale. Angajându-se în experiența de creștere cu alții, ei descoperă căldura, apropierea, încrederea. Deschizându-se, ajută întregul grup să prospere. Grupul experiențial multiplică și adâncește cunoștințele oamenilor despre ei înșiși, îi asistă în schimbările pe care doresc să le facă.

Grupul experiențial se plasează „aici și acum", în experiența imediată. Principiul de bază este experiența, acțiunea, priza de conștiință. Sunt descurajate tendințele de abstractizare, intelectualizare și interpretare, considerate frâne pentru dezvoltarea emoțională. Membrii grupului au posibilitatea de a adopta și experimenta noi atitudini, conduite și comportamente, fără teama de risc.

Sunt confirmate și stimulate în grup asertivitatea, importanța personală pentru ceilalți, sunt recunoscute capacitățile personale și resursele de care dispune fiecare. Membrii grupului își asumă responsabilitatea pentru propriile acțiuni, capătă control asupra propriilor proiecții în loc de a-i învinovăți pe alții, își experimentează propria putere și capacitatea de autosuport în loc de a manipula mediul. Ei își extind conștiința de sine a corpului și trăirilor, învață să-și concretizeze propriile nevoi și să dobândească deprinderi care să le permită satisfacerea nevoilor fără a-i viola pe ceilalți.

Grupul experiențial permite descoperirea disponibilității de a primi și oferi ajutor, creșterea stimei de sine prin capacitatea de a-i ajuta pe alții, oferind un climat afectiv securizant și posibilitatea abandonării distorsiunilor cognitive prin feed-back cu valențe corective.

Moderatorul sau liderul de grup acționează într-o maniera democratică. El stimulează cooperarea, exprimarea sinceră, deschisă a trăirilor, descurajând agresivitatea. Model de permisivitate, are misiunea de a crea o atmosferă destinsă, de înțelegere mutuală.

Este esențial pentru lider să fi căpătat autosuport, în sensul de a se putea confrunta cu zonele necunoscute din el sau din celălalt fără teamă. El se autosprijină și asigură sprijin și clientului (sau grupului) atunci când există confruntare cu necunoscutul. Liderul grupului experiențial unificator controlează și, în același timp, lasă procesul să curgă, trăiește o stare de creativitate asociată cu simțul umorului, dragostea pentru joc și capacitatea de a se bucura de ceea ce descoperă celălalt.

Liderul grupului este secondat de un asistent, un observator lucid al detaliilor din desfășurarea ședinței pe care le și supune ulterior analizei.

Grupul experiențial se dezvoltă maximal când este condus de un cuplu compatibil și complementar, un lider activ, hotărât, dinamizator, suportiv, energizant, cu o capacitate de comunicare plină de încredere și un asistent permisiv, interpretativ, formativ, analitic, fin, profund și ușor didactic.

Ședințele grupului experiențial durează între 60-90 minute, cu un ritm optim săptămânal. În cazul training-urilor formative pentru psihoterapeuți se poate lucra și într-o manieră intensivă, cu 4-6 ore/zi, timp de 2-5 zile (v. Iolanda Mitrofan, A. Nuță, 2005).

ÎNTREBĂRI ȘI PROVOCĂRI

1. Ce calități personale este de așteptat să dezvolte un bun consilier și terapeut?
2. Care este modalitatea de a dezvolta atitudini și abilități terapeutice și de ce?
3. În ce măsură interesele și disponibilitățile tale se întâlnesc cu cerințele practicării profesiei de consilier și psihoterapeut?
4. Ce aspecte te-ar împiedica să te formezi în acest domeniu? Argumentează.
5. Care sunt abilitățile și competențele care ți-au reținut în cea mai mare parte atenția?
6. Ce conexiuni observi între profilul tău de personalitate și profilul competențelor și abilităților necesare în practicarea consilierii și psihoterapiei?

CAPITOLUL IV

Terapeutul ca persoană şi „prezenţă" terapeutică – eficienţă şi profesionalism

Se pune întrebarea **ce anume asigură eficienţa unui terapeut** şi în ce măsură persoana şi profesionistul sunt roluri ce se împletesc indestructibil în practica acestei profesii? Studiile arată (G. Corey, 1991) că **cel mai important instrument cu care lucrează un bun consilier sau terapeut este el însuşi ca persoană.** În pregătirea pentru consiliere şi terapie poţi dobândi o cunoaştere a teoriilor personalităţii şi a psihoterapiei, poţi învăţa diagnostic şi intervenţii tehnice, poţi cunoaşte dinamica psiho-comportamentală. Cu toate că astfel de cunoştinţe şi abilităţi sunt esenţiale, totuşi ele nu sunt prin ele însele suficiente pentru a stabili şi menţine o relaţie terapeutică efectivă.

„Fiecărei şedinţe de terapie îi aducem calităţile noastre umane şi experienţele care ne-au influenţat. În opinia mea, precizează G. Corey, această dimensiune umană este una dintre cele mai puternice determinaţii ale întâlnirii terapeutice pe care o avem cu clienţii. Dacă sperăm să introducem creşterea şi schimbarea în clienţii noştri, este nevoie să fim dispuşi să introducem creşterea şi schimbarea în propria noastră existenţă. Cea mai puternică sursă de a ne influenţa clienţii într-o direcţie pozitivă este exemplul nostru viu: cine suntem şi cât de dispuşi suntem să luptăm permanent pentru a trăi la nivelul propriului potenţial... Sugerez să-ţi reevaluezi modurile în care poţi lucra la dezvoltarea ta ca persoană, luându-ţi în considerare nevoile, motivaţiile, valorile şi trăsăturile de personalitate care ar putea, fiecare în parte, să-ţi potenţeze sau să-ţi împiedice eficacitatea în activitatea de consiliere. În măsura în care rămâi deschis la autoevaluare, nu numai că-ţi extinzi conştiinţa de sine, dar, de asemenea, construieşti fundaţia pentru dezvoltarea abilităţilor de profesionist. Persoana şi profesionistul sunt entităţi care se împletesc şi nu pot fi separate în realitate." (op. cit., p. 20)

Credinţele şi comportamentul terapeutului sunt factori importanţi. O bună parte din literatura dedicată formării sale scoate în evidenţă capacitatea terapeutului de a privi la, a înţelege şi a se accepta pe sine în aceeaşi măsură ca şi sinele altei persoane.

Calitatea relaţiei terapeut (consilier) - client pare a fi cea care facilitează în cea mai mare măsură creşterea în cele două părţi implicate.

Studiile lui Cobs (1986) arată că următoarele *atitudini* sunt asociate cu ***succesul în activitatea de consiliere şi terapie:***

- a fi interesat de cum apare lumea din punctul de vedere al clientului;
- a avea opinii pozitive despre oameni, a-i considera demni de încredere, capabili şi prietenoşi;
- a avea o imagine de sine pozitivă şi încredere în propriile abilităţi;
- a interveni în calitate de consilier/ terapeut pe baza valorilor personale ale clientului.

• Ce calităţi personale necesită practicarea unei consilieri şi psihoterapii eficiente?

Se pare că cea mai importantă calitate a unui consilier/terapeut eficient este **autenticitatea**. Ca formă fundamentală de învăţare, consilierea şi terapia solicită un practician dispus să abandoneze rolurile stereotipe şi capabil să se manifeste ca o persoană reală într-o relaţie. În contextul relaţiei de la persoană la persoană, clientul poate experimenta astfel creşterea.

Dacă un terapeut sau un consilier aleg să se ascundă în spatele siguranţei rolului profesional, clientul va răspunde în aceeaşi manieră, ascunzându-se, la rândul său, de cel care îl asistă. Dacă rămânem doar experţi tehnici şi abandonăm propriile reacţii, valori şi propriul sine, rezultatul va fi o consiliere sterilă, iar terapia efectuată un simulacru. Tocmai prin autenticitatea noastră vom putea ajunge foarte aproape de problemele clienţilor. În măsura în care avem speranţa că schimbarea noastră merită toate riscurile şi eforturile, vom putea transmite şi clienţilor speranţa că, la rândul lor, au capacitatea de a deveni persoana care sunt în realitate şi pe care o plac.

Mai simplu spus, în calitate de consilieri şi terapeuţi devenim **repere şi modele** pentru clienţii noştri. Dacă însă comportamentul nostru va fi incongruent, dacă vom opta pentru o activitate cu risc scăzut şi vom decide să rămânem ascunşi şi vagi, ne putem aştepta ca şi clienţii noştri să imite acest mod de a fi şi să fie neîncrezători. Dacă vom fi autentici şi ne vom dezvălui la momentul potrivit, clienţii vor tinde să preia aceste calităţi şi, astfel, vor fi oneşti în interacţinea cu noi. **Gradul de autenticitate şi sănătate psihică a consilierului şi a terapeutului este variabila crucială care determină devenirea.**

Un psihoterapeut „viu" are nevoie să posede cunoştinţe, competenţă în aplicarea tehnicilor şi simţ etic. Doar faptul de a fi „o bună persoană" nu te face însă, fireşte, un profesionist eficient.

Dar ce calităţi personale îl fac pe acest profesionist „terapeutic", adică o prezenţă optimizatoare pentru alţii?

Indicatorii unui terapeut eficient

Analizând consilierii/ psihoterapeuţii care s-au dovedit **eficienţi**, G.

Corey (idem. op. cit., 1989), identifică un ansamblu de calităţi şi caracteristici personale. Iată care sunt acestea:

- ***au o identitate.*** Ei ştiu cine sunt, ce sunt capabili să devină, ce vor de la viaţă, ce este esenţial. Sunt dispuşi să-şi reexamineze valorile şi scopurile. Nu se gândesc doar la ce aşteaptă ceilalţi de la ei şi se străduiesc să trăiască după anumite standarde interioare.
- ***se respectă şi se autoapreciază.*** Dincolo de simţul propriei valori şi forţe, *pot dărui ajutor şi dragoste*. În plus, sunt capabili să ceară şi să primească de la alţii. Nu se izolează de ceilalţi, ca un fel de demonstrare a propriei puteri.
- ***sunt capabili să-şi recunoască şi să-şi accepte propria putere.*** Se simt adecvaţi cu ceilalţi şi le permit altora să fie puternici în prezenţa lor. Nu-i subapreciază pe ceilalţi pentru a resimţi putere faţă de ei. Îşi folosesc puterea în mod sănătos, în beneficiul clienţilor şi evită să abuzeze de ea.
- ***sunt deschişi la schimbare.*** Au bunăvoinţa şi curajul de a părăsi ceea ce este sigur şi cunoscut, atunci când nu sunt satisfăcuţi cu ceea ce au sau cu ceea ce sunt.
- ***îşi extind cunoştinţele de sine şi de alţii.*** Realizează că o conştiinţă limitată înseamnă o libertate limitată. Mai degrabă decât să-şi investească energia în comportamente defensive, menite să evite experienţa, ei se implică în sarcinile propuse de realitate.
- ***sunt dispuşi şi capabili să tolereze ambiguitatea.*** Întrucât creşterea depinde de abandonarea familiarului şi pătrunderea în teritorii necunoscute, oamenii care sunt angajaţi într-un proces de dezvoltare personală sunt dispuşi să accepte un anume grad de ambiguitate în existenţa lor. Pe măsură ce-şi întăresc Eul, ei manifestă mai multă încredere în ei înşişi, ceea ce înseamnă mai multă încredere în judecăţile şi procesele lor intuitive şi disponibilitatea de a experimenta noi comportamente. Ei ajung eventual să realizeze că sunt demni de încredere.
- ***îşi dezvoltă un stil propriu de consiliere sau terapeutic*** care este al filosofiei şi experienţei lor de viaţă. Cu toate că împrumută liber idei şi tehnici de la alţi terapeuţi, nu imită mecanic stilul altora.
- ***pot experimenta şi cunoaşte lumea clientului.*** Empatia lor este non-posesivă. Sunt conştienţi de propriile conflicte şi suferinţe şi au un cadru de referinţă pentru a se identifica cu alţii; în acelaşi timp însă nu-şi pierd propria identitate prin supraidentificare cu ceilalţi.
- ***se simt „vii" şi alegerile lor sunt orientate spre viaţă.*** Sunt angajaţi în a trăi din plin, mai degrabă decât dintr-o existenţă aşezată odată pentru totdeauna. Nu acceptă ca evenimentele să-i modeleze pasiv. Au o atitudine activă faţă de viaţă.

- *sunt autentici, sinceri şi oneşti*. Fără a emite pretenţii încearcă să fie şi să facă ceea ce gândesc şi simt. Sunt dispuşi să se dezvăluie altora cu un anume discernământ faţă de situaţia şi persoana în raport cu care fac acest lucru.
- *au simţul umorului*. Sunt capabili să privească evenimentele vieţii într-o perspectivă mai largă. Nu au uitat să râdă, în special de propriile slăbiciuni şi contradicţii. Simţul umorului îi face să-şi vadă problemele şi imperfecţiunile într-o perspectivă de ansamblu.
- *fac greşeli şi sunt dispuşi să le admită*. *Învaţă din greşeli*, fără să se supraîncarce cu învinuiri despre cum ar fi putut sau trebuit să acţioneze.
- *în general trăiesc în prezent*. Nu sunt fixaţi în trecut sau în viitor. Sunt capabili să experimenteze, să trăiască „acum şi aici", alături de alţii. Pot *împărtăşi emoţiile* altora, în bucurie sau suferinţă, şi sunt deschişi faţă de propria experienţă emoţională.
- *sunt capabili să se „reinventeze"*. Pot revitaliza şi recrea relaţii semnificative din viaţa lor. Iau decizii asupra modului în care ar vrea să se producă schimbarea şi lucrează pentru a deveni persoana care le-ar plăcea să devină.
- *fac alegeri, opţiuni care le modelează viaţa*. Nu sunt victimele deciziilor pripite. Sunt capabili să le revizuiască dacă este necesar. Pentru că sunt într-o continuă autoevaluare, nu sunt constrânşi de autodefiniri limitate.
- *sunt sincer interesaţi de bunăstarea altora*. Această preocupare este bazată pe respect, grijă, încredere şi evaluare reală a celorlalţi. Sunt dispuşi să-i provoace pe „ceilalţi semnificativi" să rămână la rândul lor deschişi faţă de procesul creşterii.
- *apreciază influenţa culturii*. Sunt conştienţi de modul în care propria cultură îi afectează şi respectă diversitatea valorilor presupuse de alte culturi. Sunt conştienţi de diferenţele de clasă socială, rasă şi sex.
- *se implică profund în munca lor şi extrag din ea sensuri noi*. Pot accepta recompensele rezultate din munca lor şi pot admite cu onestitate nevoile Eului gratificate astfel. În acelaşi timp nu sunt sclavii muncii lor şi faptul de a avea o viaţă plină nu depinde exclusiv de ea. Au şi alte interese care le dau sentimentul sensului şi autorealizării.

Indicatorii unui terapeut ineficient – atitudini, erori şi temeri

Să urmărim acum şi ce înseamnă un terapeut sau un consilier mai puţin experimentat, cam ce *gafe şi erori, precum şi ce caracteristici personale ar putea împiedica o persoană să practice eficient munca de consilier...*

La celălalt pol, indicatorii unor terapeuţi sau consilieri **ineficienţi sunt:**

- ***lucrează activ la demonstrarea umanității lor;***
- ***nu reușesc să facă distincție între cine ajută și cine este ajutat;***
- ***au atitudinea și prostul obicei de a-și împărtăși propriile probleme trecute și actuale și de a folosi relația pentru a-și satisface propriile nevoi.*** *Desigur, puțini sunt capabili s-o recunoască, pentru simplul motiv că nu sunt conștienți de sine și de felul în care se „folosesc" de client. O pseudorealitate se degajă din nevoia lor de a fi „văzuți" ca umani și încercarea disperată de a fi ei înșiși eșuează;*
- ***tind să-i scoată pe clienți din centrul atenției, punându-se în schimb pe ei înșiși în această ipostază.*** S-ar putea să facă eroarea de a-i încărca pe aceștia cu reacții trecătoare sau impresii pe care le au despre ei, iar dezvăluirea pe care o fac să aibe drept efect „închiderea" emoțională a clientului. *Punctul cheie este că dezvăluirea ar trebui să aibe efectul de a încuraja clientul să-și adâncească nivelul de autoexplorare sau de a aprofunda relația terapeutică. Deseori, dezvăluirile excesive ale consilierului își au originea în nevoile sale frustrate și, în acest caz, nevoile clientului rămân secundare sau „suspendate".*

„Am găsit următorul reper folositor pentru a determina când anume autodezvăluirea este facilitatoare (ne mărturisește Corey, din experiența sa de consilier)... *În primul rând, dezvăluirea sentimentele persistente, legate direct de tranzacția prezentă, poate fi folositoare. Dacă în mod constant sunt plictisit sau iritat într-o ședință de consiliere, devine esențial să dezvălui ceea ce simt. Pe de altă parte, cred că este imprudent să-ți împărtășești orice trăire sau fantezie fluctuantă pe care o experimentezi. Timpul este important. Pentru mine, să raportez mecanic evenimentele din trecutul meu ar putea fi o pseudodezvăluire."* (G. Corey, 1991, p. 12-23).

• Evitarea perfecționismului în exercitarea activității de consiliere și psihoterapie

Studenții care urmează să lucreze în servicii umane și consiliere obișnuiesc să se supună pe ei înșiși la o uriașă presiune, spunându-și lucruri cum ar fi:

„Trebuie să știu tot ce este de știut despre profesia mea și dacă arăt că este ceva ce eu nu știu, alții mă vor vedea ca pe un incompetent.", „Dacă un client nu se simte mai bine este vina mea, dacă aș fi într-adevăr profesionist nu aș face greșeli.", „Trebuie să fiu consilierul perfect și dacă nu sunt aș putea provoca pagube serioase.", „Trebuie să fiu în stare să-i ajut pe toți cei care îmi cer ajutorul, dacă este cineva pe care nu pot să-l ajut, aceasta îmi dovedește incompetența", „Trebuie să radiez mereu încredere! Nu există nesiguranță de sine."

Una dintre cele mai frecvente erori este să ne imaginăm că trebuie să fim continuu perfecţi. Deşi raţional ştim că oamenii nu sunt perfecţi, emoţional ne este greu să acceptăm. Este nevoie de curaj pentru a ne admite propriile imperfecţiuni. În cartea „Terapeutul imperfect", Kottlet şi Blau dezvoltă ideea conform căreia consilierii educaţionali trebuie să încurajeze o discuţie deschisă şi sinceră despre erori. Ei încurajează cititorii să se deschidă faţă de propriile erori şi să le considere ca pe nişte oportunităţi pentru creşterea şi dezvoltarea personală şi profesională.

Fie că este vorba de terapeuţi şi consilieri începători sau cu experienţă, în ambele cazuri se întâmplă să se facă greşeli. De aceea este necesară **supervizarea**. Ea asigură suportul şi cadrul avizat al acceptării lor şi al corectării ulterioare.

Ei vor fi încurajaţi să-şi împărtăşească greşelile sau ceea ce ei percep ca atare. Dacă sunt dispuşi să accepte să facă greşeli şi să-şi dezvăluie îndoielile în şedinţele de supervizare, ei vor găsi o direcţie care îi va conduce spre creştere.

• Onestitatea faţă de propriile limite

O teamă pe care cei mai mulţi dintre noi o avem este faţă de propriile noastre limite ca terapeuţi sau consilieri. Ne temem că ne vom pierde respectul clienţilor dacă vom spune: „*Simt că nu vă pot ajuta în această problemă*" sau „*nu dispun de informaţia şi abilitatea necesare pentru a vă ajuta în această problemă*". Eroare!... Nu numai că nu vom pierde respectul clienţilor, ba chiar îi vom câştiga prin sinceritatea admiterii limitelor noastre.

Iată şi un **exemplu:**

...O studentă, pe parcursul formării, are sarcina de a asista un client licean. El vine cu dorinţa de a discuta despre posibilitatea avortului prietenei lui, însărcinată. Mai multe întrebări invadează mintea consilierei în formare: „*I-aş putea mărturisi lipsa de cunoştinţe şi pricepere în abordarea acestei probleme? Ar trebui să fac astfel încât să evit să par o începătoare? Ar trebui să ştiu cum să-l ajut? O să-şi creeze o impresie negativă despre cabinetul de consiliere dacă-i spun că nu pot să-l ajut în acest caz? Dar fata care se găseşte în această situaţie? Este suficient să lucrez numai cu el? Are el nevoie doar de informaţii? Doar informaţiile îi pot rezolva problema?...*"

Din fericire, consilierul începător la care face referinţă exemplul anterior îi mărturiseşte clientului în mod direct că problema este prea complicată pentru ea şi îl trimite la alt consilier. Un aspect important al acestei situaţii este că uneori ne blocăm în aşteptarea că am fi atotştiutori, la toate pricepuţi, chiar dacă ne lipseşte experienţa. Bunăvoinţa tinerei consiliere de a-şi accepta limitele cu

onestitate a ajutat-o să evite capcana de a se prezenta într-o imagine favorabilă, dar falsă, clientului său.

Nu ne putem aştepta să reuşim cu fiecare client. În timp, chiar şi consilierii şi terapeuţii cu experienţă devin apatici sau posomorâţi şi încep să se îndoiască de valoarea lor, când sunt forţaţi să admită că sunt clienţi de care nu se pot ocupa, cu atât mai puţin să înainteze într-o direcţie terapeutică semnificativă. E bine să fii sincer cu tine şi cu clienţii tăi şi să admiţi că nu te poţi ocupa chiar de toţi cu succes.

Este necesar să menţinem un **echilibru delicat între a ne cunoaşte în mod real limitele şi a încerca să depăşim ceea ce uneori considerăm a fi limită**.

De **exemplu,** putem afirma că nu vom fi capabili să lucrăm cu vârstnicii niciodată, deoarece nu ne putem identifica cu ei, ei nu ar avea încredere în noi, pentru că acest fapt ne-ar putea deprima sau altele. În acest caz ar fi bine să aflăm sau să testăm ce constituie pentru noi o „limită" şi să încercăm să ne deschidem către acea categorie de clienţi.

Dacă vom face acest lucru vom costata că există mai multe categorii de identificare decât am crezut. Aceasta este valabil şi pentru alte grupuri: persoane cu handicap, adolescenţi, copii, alcoolici, toxicomani, prostituate etc. Înainte de a hotărî că nu avem experienţă sau calităţi personale pentru a avea succes în munca cu anumite categorii de persoane, grupuri sau populaţii, ar fi de dorit să încercăm să lucrăm cu acele categorii de clienţi care nu ne atrag. S-ar putea să fim surprinşi de propriile progrese.

• Relaţia cu clienţii dificili sau pretenţioşi

O problemă majoră care-i pune în încurcătură pe începători este cum să te descurci cu clienţii pretenţioşi sau mofturoşi. De multe ori terapeuţii şi consilierii **tind să se împovăreze** cu cerinţa **nerealistă** de a acorda ajutor, indiferent de cât de mari sunt pretenţiile.

Cum se pot manifesta acestea?... Într-o diversitate de forme:

- clienţii vă pot suna din când în când acasă şi se pot aştepta la o discuţie lungă;
- pot cere să vă vadă mai des şi pentru mai mult timp decât este posibil;
- vor să vă întâlnească în societate, vor să aveţi grijă de ei, să vă asumaţi responsabilităţile lor;
- se aşteaptă să manipulaţi alte persoane – soţia, soţul, părinţii, copilul, pentru ca acestea să accepte punctul lor de vedere;
- vă cer să nu-i părăsiţi şi să continuaţi să le purtaţi de grijă. Practică şantajul emoţional.

O cale de a scăpa de toate aceste probleme ale relației transferențiale nerezolvate este să lămuriți de la prima ședință cadrul terapeutic, regulile colaborării și să vă faceți cunoscute așteptările vis-à-vis de clienți. *Clarificarea relației în termeni contractuali psihologici* este de dorit și vă scutește de multe dificultăți, rezistențe și blocaje în procesul de consiliere. Ar putea fi folositor să revedeți împreună cu supervizorul câteva ședințe și să evaluați modul în care v-ați simțit cât timp ați devenit „victima" unui client cu pretenții excesive și cum i-ați făcut față. Veți fi surprinși câte dintre problemele lui vă afectează direct și au legătură cu propriile dvs. probleme. Reamintiți-vă ce pretenții a emis clientul față de dvs.... Cum v-ați descurcat sau blocat într-o astfel de situație? Ați putut spune NU clienților atunci când ați dorit? V-ați opus clienților pretențioși sau v-ați lăsat manipulați așa cum și alții au făcut-o înaintea dvs.?

Acum probabil că înțelegeți de ce un supervizor vă poate ajuta să vă aprofundați analiza personală care să vă disponibilizeze să lucrați eficient, inclusiv în astfel de situații. **Explorarea contratransferurilor pe care le dezvoltați în relația terapeutică este extrem de utilă pentru a preveni repetarea unor erori de contact terapeutic.**

- **Să înțelegem tăcerea clientului**

Pentru terapeutul începător, momentele de tăcere pe parcursul unei ședințe de consiliere ar putea părea ore. Se întâmplă să ne simțim amenințați de tăcere și să recurgem la o manevră nepotrivită de a o rupe, pentru a ne descărca anxietatea.

Tăcerea poate avea multe semnificații și în activitatea de consiliere este necesar să învățăm să descoperim aceste semnificații. Iată câteva **semnificații ale tăcerilor** ce survin într-o ședință individuală sau de grup:

- clientul se poate gândi în liniște la lucrurile pe care tocmai le-a discutat;
- își evaluează niște insight-uri abia realizate;
- clientul poate aștepta ca terapeutul să ia conducerea și să decidă ce să spună, iar terapeutul poate aștepta același lucru de la client;
- clientul și terapeutul pot fi plictisiți, preocupați, distrași sau pot să nu aibe nimic de spus pentru moment;
- clientul poate fi ostil față de terapeut și astfel să înceapă un joc de testare și provocare a terapeutului: „*Eu stau aici ca o stană de piatră și observ dacă el (ea) poate ajunge la mine*";
- clientul și terapeutul pot comunica fără cuvinte. Tăcerea poate spune mai mult decât cuvintele și probabil interacțiunea s-a făcut la suprafață și amândurora le este frică sau ezită să ajungă la un nivel mai profund.

În concluzie, este bine să explorați semnificațiile posibile ale tăcerii, împreună cu clientul. Veți ajunge astfel la semnificația ei reală și veți evita să atribuiți clientului alte intenții sau să vă proiectați propriile neliniști și preocupări... Puteți începe prin a recunoaște tăcerea și sentimentele pe care le resimțiți față de ea. Este preferabil decât să vă faceți că nu există și să umpleți golul cu o vorbărie fără rost sau de complezență, ori să vorbiți zgomotos pentru a vă „auzi" unul pe celălalt. Pentru a vă simți confortabil, căutați împreună semnificația tăcerii și emoțiile pe care le ascunde.

- **Relația cu clienții neimplicați**

O problemă cu care vă puteți confrunta în dialogul terapeutic este cea legată de clienții care au o participare redusă în procesul de consiliere sau psihoterapeutic. Lipsa lor de motivare este pusă în evidență de **uitarea sau anularea frecventă a întâlnirilor, de indiferența sau neasumarea niciuneia dintre responsabilitățile ce îi revin în procesul de explorare și schimbare.**

Este ușor pentru consilierii începători să se lase atrași în „jocuri" neproductive cu astfel de clienți, în măsura în care consilierul investește emoțional mult mai mult decât clientul. Este posibil ca terapeutul (consilierul) să încerce prea mult să se facă înțeles și acceptat, fără să emită vreo pretenție asupra clienților. El este astfel supramotivat să apară drept important și eficient în relație, dar efectul este de a crea condiții de deresponsabilizare din partea clientului, care „regresează" în rolul de copil neajutorat.

În opinia specialiștilor din domeniu este o eroare să „nu-ți înfrunți" clientul care nu se implică și să ai o atitudine hiperprotectivă – „terapeutul-bomboană". Aceasta este valabil și pentru clienții lipsiți de voință. În numeroase cazuri, terapeuții ineficienți invocă lipsa de participare, reacția de rezistență insurmontabilă a clientului, ca explicație a lipsei de progres.

În realitate, cauza eșuării relației terapeutice se află în **contratransferurile** pe care le manifestă terapeuții începători sau neexperimentați. Una dintre cauze este teama lor că dacă ar fi mai puțin implicați, clientul nu va mai reveni în consiliere. Excesul de implicare al terapeutului antrenează deficit de implicare, în „oglindă", al clientului. Înțelegeți astfel, de ce este necesar să păstrăm un echilibru al relației, pentru că numai astfel ea poate deveni „terapeutică". Tocmai confruntarea directă, sinceritatea sunt cele care duc la un nivel mai mare de implicare a clientului. Dacă el însă persistă să uite, să întârzie sau să refuze să vină la întâlniri ori să nu realizeze sarcinile pe care și le-a asumat în timpul sau în afara terapiei, atunci trebuie întrebat dacă dorește să mai vină la consiliere.

Chiar și în situația în care clienții sunt trimiși de tribunal spre consiliere, terapeutul le poate spune că, deși este obligatoriu să frecventeze ședințele, ei sunt

cei care vor decide cum își vor folosi acest timp. Eventual li se poate dovedi că, deși sunt clienți fără voia lor, își pot totuși folosi bine și în favoarea lor acest timp.

- **Să acceptăm rezultatele lente**

Să nu așteptați rezultate instantanee. Nu putem „vindeca" pacienții sau clienții în câteva ședințe. Cei mai mulți terapeuți începători sunt neliniștiți când nu culeg roadele muncii lor rapid. Ei se întreabă:

„Îmi ajut într-adevăr clientul în vreun fel? Este posibil să se înrăutățească situația lui? Se produce cu adevărat vreun rezultat sau doar cred eu că facem progrese?"

Sperăm să puteți învăța să tolerați ambiguitatea de a nu ști cu siguranță încă de la începutul terapiei dacă pacientul se implică pozitiv. Este posibil ca uneori clienții să poată părea că merg spre rău, înainte de a căpăta câteva câștiguri terapeutice. Aceasta ține de dinamica rezultatelor.

După ce clientul a decis să colaboreze sincer și a înlăturat „împotrivirea" și „masca", ne putem aștepta ca el să resimtă o **creștere** în intensitate a durerilor personale și a dezamăgirilor sau dezorganizărilor care pot degenera în depresie sau reacție de panică. Mulți clienți se pot manifesta astfel:

„Oh, Doamne, am fost mai bine înainte de a începe consilierea (terapia)... Acum mă simt mult mai vulnerabil ca înainte. Poate era mai bine să nu dau importanță problemelor mele."

Acest moment va fi depășit dacă vom avea răbdare și-l vom folosi ca pe o oportunitate de creștere.

Deși la început consilierea pare a fi o muncă grea și lipsită de satisfacții, ea te ajută să descoperi că schimbarea nu se măsoară în numărul clienților și este rezultatul eforturilor unite și consonante ale clientului și terapeutului. Pentru aceasta este nevoie ca terapeutul să poată accepta faptul de a nu ști dacă clientul face progrese și dacă el este cel care a ajutat la schimbarea sau creșterea acelei persoane. Adică este nevoie ca el să renunțe la propria-i tendință de avea control asupra reacțiilor și ritmului personal de evoluție al clientului sau la orgoliul de a fi autorul efectului. Deși îl însoțește și stimulează, nu se poate „manifesta în locul lui", proiectându-și sau prelungindu-și în client propriile nevoi și posibilități.

Iată ce mărturisește Corey: *„Am învățat că singurul mod de a căpăta încredere în mine ca terapeut era acela de a-mi permite să am îndoieli în ceea ce mă privește, să simt incertitudinea în legătură cu eficiența mea și ambivalență în ceea ce privește dorința de a mai continua sau nu activitatea de consilier. Atunci când am devenit mai puțin anxios în legătură cu performanța mea, am fost capabil să acord atenție sporită atât clientului, cât și mie însumi, în cadrul relației terapeutice."* (op. cit., p. 34)

• Cum să evităm autoamăgirea în munca terapeutică

Nicio discuție necesară consilierilor și terapeuților începători nu ar fi completă fără a menționa *fenomenul de deziluzionare* conectat cu *autoamăgirea* care poate avea loc în procesul terapeutic. El poate fi resimțit de ambii, atât de consilier, cât și de client. Autoamăgirea nu trebuie neapărat să fie trăită conștient, dar ea poate fi subtilă și inconștientă.

Motivația autoamăgirii, pentru ambele părți, se poate baza pe nevoia de a face ca relația să merite și să fie productivă. Amândoi investesc pentru a vedea rezultate pozitive. Uneori nevoia noastră de a mărturisi schimbările și progresele poate voala realitatea și ne poate face mai puțin sceptici decât ar trebui să fim. Nevoia de a simți că am fost folositori, ajutându-l pe celălalt să se bucure de viață, precum și cea de a simți că noi într-adevăr facem schimbări semnificative, ne poate conduce în timp spre autoamăgire. Căutăm evidența progresului și ne întunecăm rațiunea atunci când există elemente ale eșecului. Obișnuim să ne acordăm credit nouă înșine pentru creșterea clienților noștri, atunci când aceasta se datorează poate în mai mare măsură unei alte variabile care probabil nu are legătură cu relația terapeutică. Este important să fim conștienți de tendința către autoamăgire într-o relație de consiliere sau de terapie. Aceasta ne va conduce către o explorare mai detaliată a fenomenului, având drept urmare limitarea efectului de autoamăgire. Am deveni mai conștienți de sine, ceea ce ne-ar putea ajuta să devenim mai conștienți și de ceea ce se întâmplă cu altul – clientul sau pacientul nostru.

• Să evităm să ne rătăcim printre problemele pacienților (clienților)

O greșeală frecventă la începători este că sunt prea îngrijorați pentru clienții lor. Este periculos să „încorporezi" nevroza sau impasul clientului. Uneori ne identificăm atât de puternic cu clientul încât ne pierdem somnul, întrebându-ne ce hotărâre trebuie să luăm. Este ca și cum ne pierdem simțul identității, asumându-ne-o pe a lor. Empatia devine astfel „distructivă" și ne poziționează împotriva intervenției terapeutice.

Trebuie să învățăm să-i „eliberăm" pe clienți și să nu ne împovărăm cu problemele lor până când îi vom reîntâlni. Pur și simplu, „să-i lăsăm să plece acasă"...

Demersul cel mai indicat este acela de a fi prezenți în măsura maximă de care suntem capabili, să fim alături de clienții noștri, *dar să-i lăsăm să-și asume responsabilitatea propriei existențe și a alegerilor făcute în afara ședințelor de consiliere.*

Dacă ne pierdem în scenariile clienților, în lupta lor și ne confundăm cu ei, nu vom mai fi terapeuții eficienți în a-i ajuta să se regăsească pe ei înșiși. Preluându-le responsabilitatea, mai degrabă le blocăm evoluția decât îi susținem.

Acest „transfer de probleme interioare" poartă numele de *contratransfer* și se întâmplă atunci când terapeutul include în relația cu clientul propriile sale probleme. *El se produce atunci când propriile nevoi și conflicte interioare nerezolvate ale consilierului sau psihoterapeutului împiedică relația terapeutică.* Deoarece contratransferul care nu este conștientizat, recunoscut și controlat cu succes de terapeut are drept efect încețoșarea obiectivității acestuia, perturbând procesul de consiliere, este necesar ca practicanții domeniului să se centreze pe ei înșiși în supervizare și analiza lor personală.

Forme obișnuite de contratransfer *(după G. Corey, idem op. cit.):*

- *nevoia de a fi plăcut, apreciat, susținut de către pacienți;*
- *teama că înfruntând clienții aceștia ar putea să plece sau să gândească nefavorabil despre terapeut;*
- *sentimentele erotice și comportamentul sexual seductiv din partea terapeutului (în măsura în care terapeutul devine preocupat de fantasme sexuale sau deliberat orientează atenția clientului către aceste fantezii orientate spre el);*
- *reacții extreme îndreptate către anumiți clienți care evocă în terapeut vechi trăiri, de ex. clienți care sunt percepuți drept materni, paterni, autoritari, judicativi etc.;*
- *sfătuirea constrângătoare cu asumarea de către consilier a unei poziții de superioritate, în dorința de a dicta clienților modul în care ei ar trebui să trăiască și deciziile pe care ar trebui să le ia.*

În concluzie, e necesar să reamintim că nu este potrivit să folosim timpul clienților pentru a lucra asupra reacțiilor pe care le avem față de ei, dar este absolut obligatoriu să lucrăm asupra noastră în cadrul altor ședințe, dedicate nouă înșine, de către supervizor – un terapeut cu experiență și calități didactice. Dacă nu facem acest lucru, riscăm să ne pierdem și clienții sau să-i „folosim" inadecvat și neetic pentru a ne întâlni cu propriile nevoi nesatisfăcute.

• Să ne dezvoltăm simțul umorului

Deși consilierea, ca și terapia, constituie o problemă serioasă, seriozitatea nu trebuie să devină excesivă, inducând o notă de gravitate.

Atât consilierul, cât și clientul, își pot îmbogăți relația prin umor. Cum umorul (comicul) și tragicul sunt strâns legate, după ce ne permitem să simțim

experiențe dureroase, putem să râdem autentic de modul extrem de serios în care am abordat situația.

Ne înșelăm crezând că suntem unici în durerea noastră și că suntem singurii care am parcurs experiența tragicului. Ce alinare binevenită apare atunci când admitem că suferința nu este exclusiv pe terenul nostru... Important este ca terapeutul să poată recunoaște că râsul și umorul nu afectează atingerea scopurilor.

Desigur, există și situații când râsul poate acoperi teama sau este o eschivă față de situațiile neplăcute sau amenințătoare. Consilierul se va antrena în a distinge între umorul care distrage și umorul care îmbogățește situația cu o nouă valență restructurantă.

• Stabilirea de scopuri realiste

Stabilirea de scopuri realiste este esențială în relația potențială cu pacientul sau clientul.

Să luăm, de pildă, situația în care acesta se află într-o remaniere majoră. El se prezintă ca un om profund nemulțumit de viață, care rar termină ceea ce începe și care se simte incapabil și neputincios...

Acum să privim și realitatea situației: el vine la tine într-o situație de criză (tocmai l-a abandonat soția), iar cadrul limitativ al consilierii (de ex. un program care presupune strict doar 6 ședințe în agenția sau clinica respectivă) nu permite explorarea în adâncime a problemei, chiar dacă amândoi, clientul și consilierul, sunt de acord că au nevoie de mai mult timp pentru a clarifica și rezolva problema. În acest caz ei vor decide împreună asupra unor scopuri mai realiste. Aceasta nu presupune ca ei să aleagă o soluție de compromis. O posibilitate este de a sonda dinamica din spatele problemei prezente, acordând atenție alternativelor ce se deschid la capătul celor 6 ședințe prevăzute contractual.

Dacă ne fixăm realist scopurile poate vom fi triști că nu am putut să realizăm mai mult, dar cel puțin nu vom trăi frustrarea de a nu fi putut realiza „miracole". Oricum, orientarea cazului către un terapeut, dacă acest lucru se impune în continuare, poate fi utilă.

• Refuzul de a da sfaturi

De multe ori, pacienții și clienții vin în terapie sau în consiliere căutând și chiar cerând sfaturi. Ei vor mai mult decât o direcționare, ei își doresc un consilier înțelept care să ia o hotărâre în locul lor sau să le rezolve o problemă, uneori cât ai bate din palme...

Sarcina unui terapeut eficient este de a încerca să-l ajute pe client să-şi descopere singur soluţiile şi să-şi asume propria libertate de acţiune. Altfel, îl poate împiedica să progreseze şi îl poate priva de libertatea de a acţiona liber.

Chiar dacă un consilier se poate dovedi apt să rezolve o problemă a clientului, dacă o va face, îi va creşte acestuia dependenţa faţă de el. Clientul va persista atunci în a avea nevoie de un sfat la fiecare problemă a sa, neavând încredere că o va putea rezolva prin propriile-i puteri.

Sarcina terapeutului este de a-i ajuta pe clienţi să ia în mod independent decizii şi de a-i încuraja să accepte consecinţele propriilor lor alegeri, deculpabilizându-i în cazul în care au dat greş.

Reţineţi! *Dând sfaturi, nu veţi ajunge la aceste abilităţi şi veţi acţiona mai degrabă greşit şi ineficient.*

• Dezvoltarea propriului stil în consiliere

Consilierii şi terapeuţii în formare trebuie să fie preveniţi şi ajutaţi să devină conştienţi de *tendinţa lor de a imita* stilul supervizorului sau formatorului lor. Este important să acceptăm faptul că nu există un drum corect sau rigid, prescris, în consiliere sau terapie, ci unul *creativ, individualizat, atât la caz, cât şi la persoana terapeutului.*

Există variaţii largi ale modurilor de abordare eficientă. Deşi stilul altcuiva de a face terapie te poate influenţa, este foarte important să-ţi găseşti propria expresie şi stilul care îţi împlineşte cel mai bine potenţialul.

Evitând erorile tehnice şi exersând arta dialogului, *poţi asimila creator un model de a face consiliere sau terapie, devenind astfel tu-însuţi.*

• Cum poţi face faţă epuizării profesionale în munca de consiliere şi psihoterapie

Dacă este adevărat că principalul nostru instrument de lucru în consiliere şi terapie suntem noi înşine, ca persoană, iar cea mai importantă abilitate este de a susţine şi „însufleţi", atunci rămâne esenţial *să învăţăm să ne purtăm de grijă nouă înşine.* În acest sens lucrul cu propriile anxietăţi poate fi extrem de util. Cei mai mulţi consilieri începători anticipează întâlnirea cu primii lor clienţi ca fiind anxiogenă:

„Ce voi spune?", „Cum o voi spune?", „Voi fi capabil să ajut?", „Dacă greşesc?", „Vor reveni clienţii mei şi dacă da ce voi face în continuare?"

Existenţa unui anume grad de anxietate demonstrează că suntem conştienţi de incertitudinile viitorului, dar şi de nevoia şi abilitatea noastră de a fi alături de ei. Dar cum terapia este un proces cu un impact extrem de puternic asupra clienţilor, dacă până la un punct ne putem accepta neliniştile ca fiind normale, dincolo de el anxietatea excesivă ne va torpila încrederea.

Dacă suntem prea competitivi ar putea să ne neliniştească în plus ideea că avem colegi mai competenţi şi că am putea să le creăm o proastă impresie. Bunăvoinţa de a recunoaşte aceste anxietăţi şi de a le lucra cu supervizorul sau cu colegii ne ajută să ne detensionăm şi să câştigăm un suport preţios, prin schimbul de experienţă. Vom putea conştientiza astfel că nu suntem singurii care avem astfel de preocupări şi temeri. Împreună vom căpăta un plus de curaj şi de siguranţă.

A fi tu însuţi şi a te dezvălui colegilor şi supervizorului, a te preocupa să te menţii apt să rezişti ca persoană şi ca profesionist sunt condiţii de bază în exercitarea cu succes a profesiei. Dacă eşti conştient de factorii care contribuie la subminarea vitalităţii tale, care te fac să-şi risipeşti energia iraţional, poţi evita producerea *„sindromului autocombustiei profesionale"*. În ce constă acest nedorit „sindrom"? Consilierii atinşi de el simt că orice ar face nu pot schimba nimic şi că nu mai au nimic de dat. Unii dintre ei sunt convinşi că acest sentiment al arderii este **inevitabil** pentru această profesie şi că nu se pot revitaliza pe ei înşişi. Această prezumţie este extrem de **nocivă** şi ea întăreşte sentimentul deprimant al incapacităţii de a schimba lucrurile. Acesta *survine mai ales în exercitarea profesiei pe terenul pierderilor şi maladiilor irecuparabile.*

„Arderea" interioară se experimentează în diferite moduri. Aceia care o manifestă se pot simţi obosiţi, epuizaţi, lipsiţi de entuziasm şi simt că ceea ce pot oferi nu este nici primit, nici dorit. Se simt neapreciaţi, nerecunoscuţi ca valoroşi, lipsiţi de importanţă şi ajung să meargă la serviciu în mod mecanic. Ei tind să nu vadă rezultatele sau modul concret al eforturilor lor. Deseori se simt opresaţi de sistemul de lucru şi de cererile instituţionale care, consideră, strivesc orice iniţiativă personală. Un real pericol pe care sindromul de ardere-epuizare îl poate avea este izolarea treptată a consilierilor şi psihoterapeuţilor.

Cauzele epuizării profesionale:

- munca rutinieră;
- subaprecierea importanţei specifice a profesiei tale;
- a-ţi da mare importanţă ţie ca persoană şi a nu răspunde cu vorbe frumoase laudelor, aprecierilor care ţi se aduc;

- a fi în mod constant sub o presiune puternică de a produce, realiza, performa şi a-ţi imagina obstacole uneori nerealiste;
- a lucra cu oameni cu probleme grave, cu cei care nu vor să colaboreze cu tine sau cu cei care progresează greu;
- conflictele, tensiunile în echipă; lipsa suportului emoţional din partea colegilor şi abundenţa cinismului;
- lipsa de încredere între supervizori şi consilieri (terapeuţi) ori alţi lucrători din echipa de lucru; concurenţa şi sabotarea mutuală;
- a face faţă în mod fantezist cererilor, neţinând seama de timpul şi energia de care dispui;
- problemele personale nerezolvate, dincolo de orele de lucru, precum tensiunile din căsnicie, probleme cronice de sănătate, probleme financiare.

False explicaţii pentru epuizarea profesională, din perspectiva consilierului:

- a învinovăţi pe alţii pentru criza de epuizare, folosind justificări precum: sunt ratat ca profesionist, pacienţii mei sunt rezistenţi şi nu vor să se schimbe;
- a învinovăţi sistemul instituţional care îi îngrădeşte puterea de acţiune;
- „am prea mulţi clienţi şi prea multe cereri într-un timp prea scurt. Mă simt inutil, nu mă simt capabil să fac faţă".

Cum poate fi prevenită epuizarea profesională:

- evaluează scopurile, priorităţile şi aşteptările şi vezi dacă sunt realiste şi dacă obţii ceea ce vrei;
- recunoaşte că poţi fi un agent activ;
- găseşte şi alte activităţi de interes în afara activităţii profesionale;
- caută varietate în ceea ce faci;
- ia iniţiativa de a începe proiecte care au însemnătate personală şi nu aştepta ca sistemul să sancţioneze această iniţiativă;
- învaţă să controlezi impactul stresului;
- dezvoltă relaţii de prietenie bazate pe ajutor reciproc;
- învaţă cum să ceri ceea ce vrei, deşi nu te aştepta întotdeauna să obţii ceea ce vrei;
- ia-ţi timp să evaluezi înţelesul proiectelor tale, să te hotărăşti unde să investeşti timp şi energie;
- dezvoltă pasiune, interes, în jocuri, călătorii sau experienţe noi;
- învaţă-ţi limitele şi cum să-ţi reglezi limitele cu alţii;

- schimbă tura cu colegul pentru o perioadă scurtă sau cere-i colegului să lucrați la un proiect comun;
- formați un grup de suport cu colegii pentru a împărtăși deschis sentimentul de frustrare și pentru a găsi o cale cât mai bună de interpretare a diverselor situații de muncă;
- cultivați relațiile cu persoanele care vă aduc destindere.

EXERCIȚIU ȘI TEMĂ DE ESEU

- După ce ai citit de două ori acest curs și ai revenit asupra calităților necesare, dificultăților inerente și indicatorilor de eficiență și ineficiență ai unui terapeut începător, încearcă să reflectezi un timp asupra propriei tale persoane...

Identifică-ți vulnerabilitățile și calitățile, precum și resursele de care ești conștient, atât cât poți fi deocamdată, fără să fi fost asistat în explorarea de sine și în dezvoltarea ta personală. Listează-le cât mai complet.

Fă-ți un portret psihologic, dar ca și cum ai gândi și vorbi despre altcineva. Notează tot ceea ce îți vine și desenează tot ceea ce simți nevoia pentru a exprima cât mai autentic și mai complet „portretul" eroului care te reprezintă...

Dacă, întâmplător, deja ai beneficiat de un astfel de ajutor de analiză, optimizare sau consiliere din partea vreunui profesionist, compară-te pe tine cel de dinainte de a fi fost asistat cu cel de acum... Notează.

- Acum privește și citește tot ceea ce ai ales să exprimi în desen și în eseu și imaginează-ți cum ar fi să joci rolul de consilier sau de terapeut pentru următoarele persoane:
    - un adolescent care a fugit de acasă;
    - o tînără divorțată proaspăt, tristă și furioasă că a fost abandonată;
    - un domn între două vârste care se uită în gol și pare să nu te audă;
    - o mamă disperată că și-a pierdut copilul în urma unei erori medicale;
    - un tânăr care tocmai a aflat că i s-a pus diagnosticul de SIDA;
    - un vârsnic neputincios abndonat de proprii săi copii;
    - un om care trage să moară;
    - un copil abuzat de părinți;
    - victima unui viol sexual;
    - un copil autist respins de propria familie;
    - un pacient depresiv care refuză să comunice;

- un tânăr schizofren despre care se spune că are o minte genială, dar care şi-a ucis mama într-un acces delirant-halucinator;
- o femeie cu o pareză isterică, convinsă că nu poate să se deplaseze;
- o familie care a pierdut absolut totul în urma inundaţiilor;
- un toxicoman care şi-a adus familia în pragul disperării;
- o adolescentă nefericită care şi-a tăiat venele după ce a părăsit-o iubitul...

Desigur, lista poate continua, la nesfârşit. Alege şi tu, alte situaţii şi transpune-te în situaţia de a fi în dialog, de a însoţi emoţional şi verbal, de a asista psihologic... consemnează experienţa ta mentală.

- Acum, experimentează o relaţie de ajutor psihologic în realitate, cu o persoană care chiar are nevoie. Observă-te... fii conştient de tot ce se întâmplă în dialogul vostru, cu ea şi cu tine.

Ei, ce ai aflat?... Ce simţi? Ce gândeşti? Ce crezi despre tine acum? Ce sens dai experienţei?

Temă Încearcă să te autoevaluezi cât mai sincer privind următoarele puncte:
- capacitatea de a te autoaccepta;
- capacitatea de a-l asculta activ pe cel în dificultate;
- capacitatea de a încuraja şi susţine, fără efort;
- capacitatea de a împărtăşi cu celălalt o experienţă;
- capacitatea de a nu-l judeca şi controla pe altul;
- capacitatea de a-i respecta valorile, credinţele, nevoile;
- capacitatea de a-ţi asuma şi da curs propriilor nevoi;
- capacitatea de a-ţi controla propriile emoţii şi de a empatiza;
- capacitatea de a fi conştient când rişti să te identifici cu celălalt sau cu problemele sale;
- capacitatea de a fi flexibil în dialog;
- capacitatea de a face faţă frustrării;
- capacitatea de a fi răbdător şi tolerant, fără efort;
- capacitatea de a te bucura de comunicarea cu celălalt şi de a-l valoriza, gratifica.

CAPITOLUL V

Câteva repere etice în practica de consiliere şi psihoterapie

Ca practicieni ai domeniului este necesar să respectăm şi să aplicăm codurile şi prevederile etice ale profesiei multor situaţii şi probleme cu care ne confruntăm în realitate. Nu ne vom putea întotdeauna sprijini pe răspunsuri deja date sau pe prescripţii oferite de organizaţii profesionale, care difuzează de regulă doar ghiduri, trasând doar nişte linii directoare.

În linii mari, pentru o practică acceptabilă, va trebui să vădim realism, promptitudine şi adecvare, respectând nişte repere etice şi deontologice care ne jalonează activitatea.

Ca o definiţie generală, sunt considerate etice acele practici care sunt benefice clientului; cele neetice fiind în beneficiul practicianului consilier. Consilierii şi terapeuţii care demonstrează că respectă drepturile clienţilor lor se bazează pe bunăvoinţă. Un mod de a „sparge rezistenţa" încăpăţânată a unora dintre ei este să discuţi cu aceştia drepturile pe care le au şi la ce se pot aştepta de la consilierul lor.

Dreptul la consimţământul informat. Unul dintre cele mai bune moduri de a proteja drepturile clientului este de a dezvolta proceduri care să-l ajute să facă alegeri fiind informat. Procesul de informare a clienţilor, care stimulează participarea activă în terapie, începe de la prima şedinţă şi continuă pe tot parcursul procesului. Importantă este găsirea unei balanţe între a da clienţilor prea multe informaţii şi a nu le da deloc sau prea puţine. De exemplu, *este prea târziu să-i comunici unei minore intenţia de a-i consulta pe părinţii ei, după ce ea a dezvăluit că se pregăteşte de avort. În acest caz, atât ea, cât şi prietenul ei au dreptul să ştie despre limitele confidenţialităţii înainte de a face asemenea importante dezvăluiri personale.*

Pe de altă parte, clienţii pot fi copleşiţi de terapeuţi sau consilieri dacă aceştia le dau iniţial prea multe detalii despre intervenţia pe care urmează să o facă. Este nevoie atât de intuiţie, cât şi de abilitate pentru ca practicienii să găsească un echilibru între a da prea multă informaţie şi a da prea puţină. *Consimţământul informat* tinde să promoveze cooperarea activă a clienţilor în program. Clienţii adesea nu realizează că au drepturi şi nu se gândesc la responsabilităţile pe care le au în rezolvarea propriilor probleme. Cei care se simt disperaţi în ceea ce priveşte nevoia lor de ajutor pot accepta foarte uşor orice spune sau face consilierul lor. Ei

caută opinia şi intervenţia unui specialist fără să realizeze că succesul relaţiei în rezolvarea problemei ţine de investiţia lor proprie în proces.

Majoritatea codurilor etice profesioniste prevăd *dreptul clienţilor de a primi destule date privind alegerile informate:*

- condiţiile şi modul de continuare a relaţiei;
- întreruperea relaţiei;
- scopurile generale ale consilierii;
- responsabilităţile consilierului faţă de client;
- responsabilităţile clienţilor;
- limitele şi excepţiile confidenţialităţii;
- parametrii legali şi etici care pot defini relaţia;
- calificarea şi pregătirea consilierului sau a terapeutului;
- lungimea aproximativă a procesului terapeutic.

Mai multe arii de discuţie pot include beneficiile consilierii, riscurile implicate şi posibilitatea ca problema sau cazul clientului să fie discutată cu colegii sau supervizorul. Aceste informaţii pot fi date direct sau în scris, ajutându-l pe client să-şi clarifice mai mult ce implică procesul consilierii sau al terapiei. Citind la domiciliu despre drepturile şi posibilităţile sale clientul va fi astfel mai bine pregătit să se implice în consiliere. Este util ca un consilier să cunoască şi să-şi informeze clientul şi asupra altor alternative de ajutor din comunitate, cum ar fi grupuri de suport, programe de educaţie, intervenţii în criză, alte metode de tratament etc.

O problemă legată de drepturile clienţilor o constituie şi *drepturile minorilor* la tratament. Care sunt unele dintre problemele legale şi etice în consilierea copiilor şi a adolescenţilor? Pot minorii să fie de acord cu tratamentul fără acordul şi ştiinţa părinţilor acestora? Care sunt limitele confidenţialităţii în această situaţie? În majoritatea statelor, cunoaşterea şi consimţământul părinţilor pentru ca minorul să intre în relaţie cu un serviciu profesionist de ajutor sunt legale. Există unele excepţii: în unele ţări se prevede dreptul adolescenţilor de a consulta consilierul despre controlul naşterilor, contracepţie, avort, abuz de droguri, abuzul copilului şi despre alte probleme de criză. În asemenea cazuri, terapeuţii care lucrează cu minorii descoperă frecvent că sunt puşi în rolul unui avocat. Un standard etic semnificativ pentru această problemă este: „când se lucrează cu minori sau persoane care nu sunt în stare să-şi dea consimţământul, consilierul protejază cele mai bune interese ale acestor clienţi" (AACD, 1988).

Dreptul la amânare (renunţare) este prevăzut de asemenea în ghidul APA, care precizează: „Consilierul încheie o relaţie clinică de consiliere (consultanţă) când este evident că clientul nu are niciun beneficiu din această relaţie. Responsabilitatea

consilierului față de client continuă însă până când el începe să frecventeze un alt terapeut. În cazul în care clientul refuză întreruperea sugerată și alternativa propusă, consilierul nu este obligat să continue relația" (APA și AACD, 1989).

Iată și câteva principii referitoare la *confidențialitate:*

- când se lucrează cu minori sau cu persoane incapabile de a-și da acordul, terapeuții trebuie să exercite o preocupare specială pentru a proteja interesele acestor persoane;

- când lucrează cu minori, terapeuții trebuie să specifice limitele confidențialității;

- atât în cazul consilierii de grup, cât și al celei individuale, este o strategie înțeleaptă să se ceară clienților să semneze un contract în care să-și exprime acordul de a nu discuta sau de a nu scrie despre ce se întâmplă în timpul ședințelor sau de a vorbi despre cei prezenți;

- deși confidențialitatea este esențială pentru succesul în terapia de grup, moderatorul-consilier sau terapeut nu poate face totul pentru a garanta respectarea confidențialității din partea tuturor membrilor grupului. El poate asigura confidențialitatea numai din partea sa, nu și din a celorlalți participanți;

- pentru a putea publica sau comunica în conferințe materialele personale rezultate în urma terapiei, consilierii trebuie să obțină în prealabil consimțământul membrilor grupului sau să ascundă (protejeze) în mod adecvat informațiile care pot duce la identificarea membrilor grupului;

- este esențial ca un terapeut (consilier) de grup să fie informat și familiarizat cu legile locale și statale care au impact în activitatea sa. Aceasta mai ales în cazuri care implică molestarea copiilor, neglijența sau abuzul asupra copiilor și bătrânilor, incestul, violența familială.

Pentru că desfășurarea terapiei și consilierii în grup este o modalitate de lucru importantă, iată câteva principii care pot asigura desfășurarea într-un cadru etic și legal a acestei forme de activitate:

- consilierul (terapeutul) nu trebuie să se folosească de-a lungul terapiei de rolul și puterea sa de conducător de grup în scopul de a promova contacte personale sau sociale cu membrii grupului;

- relațiile sexuale între consilierul (terapeutul) de grup și membrii grupului încalcă etica profesională (AACD, 1988; AMHCA, 1980; APA, 1989; ASGW, 1989);

- în timpul activității de consiliere sau de psihoterapie, terapeuții nu trebuie să încalce sau să diminueze drepturile legale sau civile ale clienților.

Ultimul paragraf menționat implică faptul că profesioniștii care lucrează cu copii, adolescenți și cu persoane iresponsabile sunt sfătuite în mod

deosebit să respecte legile care limitează terapia de grup. Terapeuții de grup trebuie să fie informați în legătură cu probleme cum ar fi: confidențialitatea, consimțământul părinților, consimțământul în cunoștință de cauză, bunăstarea membrilor și drepturile civile ale pacienților instituționalizați. Este bine ca terapeuții să caute să obțină informații legale cu privire la procedurile și practicile terapiei de grup. Cunoașterea drepturilor și responsabilităților legate de terapiile de grup protejează nu numai clienții, ci și conducătorii grupurilor împotriva unui proces apărut din neglijență sau ignoranță.

Paradise și Kirlay (1990) susțin că cele mai importante prescripții sunt: confidențialitatea, datoria de a proteja clientul și pe ceilalți și înștiințarea asupra practicilor folosite.

IMPORTANT!!!

Acțiuni nerecomandate în timpul practicii terapeutice și de consiliere:

- *angajarea într-o relație sexuală cu un client;*
- *încălcarea principiului confidențialității într-un mod neadecvat;*
- *provocarea unui rău fizic de-a lungul exercițiilor de grup;*
- *lovirea sau agresarea fizică a unui client ca o tehnică de tratament;*
- *deformarea pregătirii profesionale sau a abilităților;*
- *provocarea intenționată a suferinței psihice;*
- *încheierea inadecvată a terapiei;*
- *violarea drepturilor civile;*
- *diagnosticarea greșită;*
- *eșecul în consultație;*
- *netrimiterea clientului la alt terapeut atunci când devine evident faptul că persoana are nevoie de o intervenție ce depășește nivelul de competență al respectivului terapeut;*
- *a pretinde un alt onorariu decât cel stabilit sau prevăzut contractual;*
- *prescrierea și administrarea greșită a medicamentelor;*
- *eșecul în exercitarea unei griji firești pentru a împiedica sinuciderea clientului;*
- *eșecul în neavertizarea și protecția unei potențiale victime a unui client care a emis amenințări.*

ÎNTREBĂRI ŞI PROVOCĂRI

1. Care sunt cele mai importante cerinţe ale eticii şi deontologiei în activitatea de psihoterapeut şi de consilier? Lecturaţi suplimentar capitolul *„Etică şi conduită în psihoterapie"*, autor Ovidiu Alexandru Pop, în tratatul Iolanda Mitrofan (coord.), *„Orientarea experienţială în psihoterapie"*, editura SPER, 2005, p. 13-23.
2. Încercaţi să contactaţi un practician consilier sau psihoterapeut. Puneţi-i, vă rog, întrebări pe care le consideraţi importante cu privire la modul în care a făcut faţă în diverse situaţii cu clienţi dificili, respectând codul etic şi deontologic. Discutaţi despre situaţii-capcană în relaţia terapeutică şi despre modul în care se respectă principiile etice şi deontologice.
3. Informaţi-vă suplimentar asupra diverselor coduri etice şi deontologice care protejază şi reglează profesiunea de consilier şi de psihoterapeut pe plan internaţional. Asimilaţi codul etic şi deontologic al profesiei respective din documentele Colegiului Psihologilor din România.

CAPITOLUL VI

Orientări şi metode în psihoterapie

Există o multitudine de abordări în consilierea psihologică şi psihoterapie. Acestea sunt, în acelaşi timp, atât modele asupra psihicului şi personalităţii umane, cât şi abordări practice de consiliere psihologică şi psihoterapie.

Prezentăm, în acest capitol, grupate în **trei module**, câteva sisteme de consiliere şi psihoterapie în cadrul celor **trei mari orientări (curente) în domeniul psihoterapiilor**. Ele sunt cele care şi-au pus amprenta mai profund asupra activitaţii de asistenţă psihologică de-a lungul istoriei moderne şi postmoderne a acestui domeniu aplicativ. Pornind de la asemănările existente între acestea, le-am grupat, aşadar, în trei categorii:

1. abordările psihodinamice;
2. abordările umaniste – experienţiale şi holiste;
3. abordările comportamental-cognitive.

Această clasificare respectă clasificările internaţionale care apar în toate tratatele de referinţă ale psihoterapiei şi consilierii. Dintre acestea, noi am optat pentru tratatele:
R.G. Corsini, 1978, R. Corsini şi D. Wedding, 1989; G. Corey, 1988, 1990; B. Gilliland, E. James, K. Richard, J-T. Bowman, 1989; G. Ionescu, 1990, 1995; Irina Holdevici, 1996; **Iolanda Mitrofan**, 1997, 2000, sistematizate şi selectate de **Ioana Stancu** în 2005 (p. 39-121).

MODUL I
Abordările psihodinamice
(apud Ioana Stancu, 2005, p. 39-56, revizuite şi adăugite de Iolanda Mitrofan)

1. Abordarea psihodinamică clasică

Abordarea psihodinamică clasică îl are ca întemeietor pe **S. Freud**. Acesta a realizat atât un model teoretic asupra personalităţii umane, cât şi o metodă de intervenţie psihologică (în principal psihoterapeutică). De aceea, este corectă denumirea de abordare psihanalitică pentru abordarea psihodinamică clasică.

Abordarea psihanalitică poate fi considerată o metodă de intervenţie profundă, asupra personalitaţii umane, ea conducând la o restructurare a edificiului personalităţii prin explorarea inconştientului şi analiza mecanismelor şi exprimărilor sale simbolice. Constituie **matricea teoretică a dezvoltării majorităţii metodelor de psihoterapie**, oferind **edificiul** conceptual şi posibilităţile de dezvoltare, îmbogăţire şi restructurare de paradigmă teoretică şi metodologică **pe care s-au construit alte metode**, atât în cadrul psihanalizei, cât şi al unora dintre terapiile umaniste, experienţiale. „Cum consilierea psihologică nu are ca scop, de cele mai multe ori, restructurarea personalităţii, am putea concluziona că abordarea psihanalitică este mai puţin utilizată în cabinetele de consiliere psihologică. Aceasta în forma ei nemodificată, ca şi abordare de sine stătătoare", precizează Ioana Stancu (2005, p. 39). Însă o serie de tehnici şi proceduri ale psihanalizei, precum şi concepţia psihanalitică asupra personalităţii pot fi de ajutor şi în procesul consilierii.

- **Repere psihanalitice conceptuale – teoria lui S. Freud asupra „aparatului" psihic**

După 1920 Freud introduce **trei concepte de bază**, care aveau să facă istorie în psihoterapie: **Sinele, Eul şi Supraeul**. El le consideră nivelurile sau dimensiunile pe care se structurează psihicul uman sau „aparatul" psihic.

Sinele (Id-ul) este zona cea mai veche din punct de vedere ontogenetic. El conţine ceea ce este ereditar, adică instinctele care îşi au originea în organizarea şi funcţionarea somatică şi îşi găsesc aici o primă expresie psihică. Freud recunoaşte două clase de instincte: ale vieţii (**libido**) şi ale morţii (**thanatos**). Printre acestea, de o importanţă deosebită este instinctul sexual.

Id-ul dinamic este sistemul din care se diferenţiază celelalte componente ale psihicului. El nu cunoaşte realitatea externă şi operează după „**principiul plăcerii**", căutând doar satisfacerea instinctelor. Id-ul are doar două instrumente pentru a obţine plăcerea: acţiunea reflexă şi procesul primar (realizarea dorinţelor în vise sau prin intermediul imaginaţiei).

Sub acţiunea influenţelor externe, din Sine ia naştere o noua structură: **Eul**. Eul are o dublă funcţie – pe de o parte, de a se adapta lumii externe şi, pe de altă parte, de a controla instinctele Sinelui, luând decizii în legătură cu satisfacerea acestora. Eul apare de timpuriu în viaţă şi operează după „**principiul realităţii**", cu ajutorul procesului secundar (adică raţional sau conştient). Sarcina Eului este dificilă: el mediază între cerinţele Id-ului şi solicitările externe. Când nu poate realiza aceasta, apare anxietatea. Anxietatea,

prelungită şi nerezolvată, conduce la comportament nevrotic. „Nevroza se datorează simplului fapt că Egoul, împrumutând energia de la Id şi îndeplinind ordinele impulsive ale acestuia, consideră că lumea externă este prea rezistentă pentru a fi manevrată” (G. Allport, 1991, p. 155).

Eul, pe lângă funcţia de mediere între Id şi mediul social, trebuie să ţină cont şi de un al treilea nivel structural - Supraeul.

Supraeul este un precipitat format în perioada copilăriei, prin care se prelungesc influenţele maternă şi paternă, ale întregii familii, ale tradiţiilor de rasă şi naţionale, precum şi cerinţele mediului social cel mai apropiat. Supraeul conţine Eul ideal şi conştiinţa morală.

Dacă **Sinele şi Supraeul intră în zona inconştientului, Eul aparţine conştiinţei.** Între conştient şi inconştient se află **preconştientul**. Inconştientul a fost comparat de Freud cu o cameră spaţioasă, „plină” cu pulsiuni psihice, între care cele sexuale au un rol primordial. Această cameră s-ar afla în vecinătatea uneia mai strâmte – conştiinţa. La intrarea în „salonul conştiinţei” se află un „gardian” sau un cenzor care cercetează fiecare tendinţă psihică, cu scopul de a vedea dacă poate s-o lase să iasă din inconştient. Dacă pulsiunea a reuşit să treacă de cenzura „gardianului”, ea pătrunde într-o altă zonă – preconştientul – şi devine conştientă doar dacă reuşeşte să atragă „focusul” conştiinţei.

- **Concepţia lui S. Freud asupra dezvoltării personalităţii umane**

Freud descrie o serie de stadii ale dezvoltării, aceste stadii urmând logica gratificării sexuale şi fiind considerate stadii ale dezvoltării personalităţii umane.

Stadiul oral (0-1ani) – se întinde de la naştere până la sfârşitul primului an de viaţă. Suptul la sân satisface o dublă nevoie a copilului: pentru mâncare şi plăcere. Frustrările acestei zone orale pot conduce – la adult – la *fixaţii orale.* De exemplu, adulţii care au nevoi excesive „orale” (hrană, băutură, fumat, droguri, vorbit logoreic) pot avea o fixaţie orală. De asemenea, *deprivarea de gratificaţia orală* poate da naştere şi unor **probleme în viaţa de adult:**

- *neîncrederea în alţii;*
- *rejecţia altor persoane;*
- *frică şi inabilitate de a forma relaţii intime.*

Stadiul anal (1-3 ani). Zona anală are o semnificaţie majoră în această perioadă. Acum se învaţă controlul sfincterian. În cursul adoptării acestui comportament există o multitudine de situaţii în care copilul simte *ostilitate, furie, ură şi alte sentimente negative.* Este bine ca acum copilul să înveţe că acestea sunt sentimente **acceptabile**.

Disciplina parentală şi atitudinile părinţilor faţă de adoptarea controlului sfincterian îşi vor pune amprenta semnificativ asupra personalităţii în devenire a copilului.

Mulţi clienţi în terapie şi consiliere nu-şi acceptă sentimentele negative şi, mai ales, pe cele care au legătură cu persoanele iubite. Aceasta deoarece ei le consideră „rele" şi gândesc (inconştient) că şi-ar pierde iubirea părinţilor dacă le-ar exprima.

În teoria lui asupra personalităţii, Freud arată că ***acceptarea*** şi ***exprimarea sentimentelor negative*** au o strânsă legătură cu felul în care părinţii s-au raportat la copilul lor în aceasta perioadă anală.

Stadiul falic (3-6 ani). În această perioadă zona genitală are cea mai mare importanţă pentru copil. În acord cu punctul de vedere al lui Freud, ***conflictul principal al acestui stadiu este dorinţa incestuoasă a copilului faţă de părintele de sex opus.*** *Băiatul* îşi îndreaptă atenţia către mamă, simte reţinere faţă de tată şi dezvoltă teama că acesta îl va pedepsi pentru că el îşi iubeşte mama. Acesta este cunoscut sub numele de ***„complexul lui Oedip"***. În acelaşi timp cu dezvoltarea unor dorinţe incestuoase faţă de mamă apare şi reprimarea acestora pentru a proteja persoana de apariţia unor trăiri greu de suportat. Rezolvarea conflictului lui Oedip constă în transformarea dragostei erotice faţă de mamă într-o afecţiune mai acceptabilă şi în dezvoltarea unei puternice identificări cu tatăl. Sinonimul complexului lui Oedip pentru fetiţe este ***„complexul Electrei"***. *Fetele* simt iubire erotică faţă de tată şi îşi dispreţuiesc mama. Atunci când descoperă că nu-şi pot înlocui mama în relaţia cu tata, ele *încep identificarea cu aceasta*, preluând comportamente specifice acesteia.

În această perioadă se formează:

- *atitudinile faţă de plăcerea sexuală;*
- *atitudinile şi răspunsurile emoţionale faţă de ceea ce este „bun" sau „rău";*
- *atitudinile şi răspunsurile comportamentale faţă de ceea ce este „masculin" sau „feminin".*

Perioada este importantă pentru că influenţează felul de a te simţi în rolul de băiat sau fată, bărbat sau femeie, ***conturarea, confirmarea şi acceptarea identităţii de sex-rol.***

În consiliere şi psihoterapie se întâlnesc clienţi cu probleme de identificare cu sex-rolul şi acceptare a propriei sexualităţi. Conform teoriei lui Freud, cauza acestora se află situată în perioada „falică" şi o incursiune în trecutul persoanei poate ajuta procesului de consiliere sau psihoterapie, chiar dacă persoana nu urmează o cură de psihanaliză. Asimilând conceptual multe dintre reperele psihanalizei, în terapiile experienţiale şi în cea a unificării, în mod special, problematica identitară este semnificativă, integrarea traumelor de acest tip constituind condiţii de bază în maturizarea Eului adult.

Stadiul de latență (6-12 ani). Acum este o perioadă de „liniștire" a impulsurilor sexuale. Copilul este mai mult interesat de școală, jocuri și o serie de activități distractive. Este timpul socializării și al formării relațiilor cu ceilalți.

O serie de *probleme ale adultului* pot avea originea în această perioadă. Acestea sunt:

- *imaginea de sine negativă;*
- *sentimente de inferioritate;*
- *dependență și inițiativă scăzută;*
- *incapacitate de a face față schimbării, conflicte valorice;*
- *confuzie cu privire la sex-rol.*

Stadiul genital (12-18 ani). În concepția lui Freud *trecerea la un stadiu superior se face dacă nu apar fixații la stadiile anterioare.* Acum, chiar dacă există restricții sociale, ***adolescenții ajung să „investească" energia sexuală*** în variate *activități acceptate social*, formând *prietenii*, angajându-se în diverse *sporturi* sau pregătindu-se pentru o *carieră.*

Freud insistă mai mult asupra stadiilor anterioare stadiului genital și nu ia în discuție conflictul prezent în adolescență, în această perioadă.

Toate aceste stadii ***accentuează rolul sexualității în dezvoltarea personalității.*** În consiliere, teoria psihanalitică poate ajuta la rezolvarea unor probleme și, în special, a acelora care au legătură cu sex-rolul și angajarea în relații intime.

• Mecanismele de apărare ale Eului

În concepția lui Freud, **Eul**, în scopul menținerii echilibrului între cele 3 forțe care-l „presează" (Sinele, Supraeul și cerințele sociale), apelează la anumite mecanisme de apărare.

Mecanismele de apărare ale Eului sunt niște strategii prin care încercăm să înșelăm disconfortul și anxietatea. Apărarea este o strategie adaptativă, alături de înfruntare. „Persoana nevrotică se apără mai mult și înfruntă mai puțin. La personalitatea sănătoasă predomină, de obicei, înfruntarea" (G. Allport, 1991, p. 164).

Psihoterapeutul, dar și consilierul, trebuie să cunoască foarte bine felul de a se manifesta al acestor mecanisme, deoarece cei care vin și cer asistență psihologică le utilizează frecvent și într-o manieră *dezadaptativă.* Defensele nevrotice sunt adesea elementele inconștiente care ajută persoana să se autosaboteze. O formă de manifestare a acestora sunt *rezistențele terapeutice* – comportamente care tind să blocheze sau să saboteze actul terapeutic la nivelul dialogului și a relației transferențiale în terapie.

Care sunt deci strategiile principale de apărare ale Eului?

1. *Reprimarea* - procesul prin care gândurile şi dorinţele dezagreabile sunt împiedicate să devină conştiente. Dacă procesul este eliberat şi transformat, putem vorbi de sublimare, iar dacă nu, de reprimare.

2. *Negarea* - constă în negarea existenţei unui lucru rău deja întâmplat.

3. *Raţionalizarea* – „adaptează ideea cuiva despre realitate la impulsurile şi credinţele sale" (G. Allport, p. 166). Ea are de obicei funcţia de a realiza apărarea imaginii de sine.

4. *Proiecţia* - constă în atribuirea propriilor noastre sentimente, intenţii şi gânduri altor persoane, pentru a scăpa de culpabilitate.

5. *Introiecţia* - încorporarea în Eul propriu a unor elemente străine acestuia. Multe din normele şi valorile morale sunt învăţate de copii, într-o primă fază, prin mecanismul introiecţiei, inclusiv unele comportamente specifice rolurilor parentale, care vor „manipula" din umbră structurarea rolurilor identitare

6. *Regresia* - constă în întoarcerea la modele comportamentale şi afective din trecut. Prin regresie se evită asumarea vârstei adevărate şi a responsabilităţilor inerente acesteia.

7. *Formaţiunea reactivă* - o formă de apărare prin care persoana pretinde hotărât exact opusul a ceea ce simte.

8. *Sublimarea* - procesul prin care impulsurile instinctuale reprimate se exprimă în forme acceptabile social. De exemplu, o persoană îşi poate sublima sadismul reprimat devenind chirurg sau măcelar.

9. *Compensarea.* În sens larg, „toate mecanismele de apărare au rol compensator" (Irina Holdevici, 1995, p. 23). În sens restrâns, prin compensare o persoană îşi maschează anumite deficienţe, accentuându-şi caracteristicile dezirabile.

• Procesul psihodinamic; tehnicile şi procedurile utilizate

Am prezentat anterior concepţia lui Freud asupra „aparatului psihic", asupra dezvoltării personalităţii umane, precum şi mecanismele de apărare ale Eului. Pornind de la aceasta, putem afirma că unele probleme ale clienţilor întâlnite în cabinetul de psihoterapie sau consiliere pot fi explicate prin prisma punctului de vedere freudian. Anumite comportamente dezadaptative pot avea motivaţii inconştiente, iar conştientizarea acestora poate conduce la dispariţia şi înlocuirea lor cu o conduită adaptativă.

Uneori problemele relaţionale ale adultului pot fi rezolvate prin retrăirea unor situaţii conflictuale din trecut, care au fost reprimate, şi prin reconstituirea dramaterapeutică, reevaluarea şi resemnificarea acestora prin prisma prezentului (Iolanda Mitrofan, 2000, 2004).

De asemenea, alte tulburări pot fi explicate prin fixarea libidoului la unul dintre stadiile dezvoltării personalității. „Când mecanismele de apărare ale Eului sunt dominante, avem de a face cu o viață grav tulburată" (G. Allport, 1991, p. 171).

Obiectivul

Terapiile și consilierea psihodinamică sunt ***centrate pe aducerea la nivelul conștiinței a motivațiilor inconștiente care produc comportamente dezadaptative și pe întărirea Eului clientului,*** pentru că o viață sănătoasă înseamnă predominarea conștientului. „Revenind asupra gândurilor și sentimentelor primejdioase și înfruntându-le, problemele vieții pot fi abordate în mod realist fără constrângeri și anxietăți paralizante, care sunt produsul unor reprimări repetate" (G. Allport, 1991, p. 156).

Strategia - etiologică. *Simptomul, în terapiile psihodinamice, este mai puțin important decât ceea ce l-a produs. Procesul de consiliere și psihoterapie se bazează pe descoperirea cauzelor simptomului, pe „insight-ul" asupra cauzelor comportamentului și mai puțin pe comportamentul în sine.*

Durata. Demersul psihanalitic clasic este de lungă durată (5-6 ședințe/ săptămână, timp de câțiva ani) pentru că el are un obiectiv pretențios: aducerea conflictelor în conștient și rezolvarea acestora, procedeu care înseamnă de fapt o restructurare a personalității.

Tehnicile și procedurile utilizate creează conținutul demersului psihanalitic, după pașii specifici unui proces de analiză și decriptare simbolică. Acestea pot fi însă utilizate și „detașate" de context, într-o abordare eclectică. Ele, conform Irinei Holdevici, 1996, p. 36-44, sunt:

1. Metoda asociațiilor libere – clientul, așezat în decubit dorsal, *fără a avea niciun contact vizual cu terapeutul,* este invitat și așteptat să spună tot ceea ce-i trece prin minte, lăsând la o parte convențiile, jena sau dorința de a face o impresie bună. Ideea este că astfel conținuturile reprimate ale inconștientului vor ieși la iveală, eliberând persoana de efectele lor. Uneori fluxul asociațiilor libere poate fi blocat prin punerea în funcțiune a rezistențelor clientului. Atitudinea terapeutului este pe tot parcursul demersului de „ecran alb" și de neutralitate binevoitoare, abținându-se de a se amesteca sau sugera clientului anumite comentarii, încurajări sau interpretări, lăsând „materialul" brut al inconștientului să iasă la lumină. Poziția celor doi nu este întâmplătoare și are ca scop crearea unui grad de frustrare emoțională facilitator pentru regresia emoțională și contactul cu inconștientul.

2. Analiza viselor - analiza se face asupra visului în întregime sau asupra unor detalii semnificative ale visului, conform aceluiași principiu al asociațiilor libere. Psihoterapeutul și consilierul trebuie să știe că nu există un simbolism universal al viselor și că fiecare individ visează după un **cod specific personalității** lui. De multe ori analiza unui vis se impune a fi amânată până când alte detalii semnificative sunt furnizate în cursul altor vise.

3. Analiza acțiunilor clientului - comportamentul verbal și nonverbal al clientului pot furniza elemente importante pentru procesul consilierii sau psihoterapiei.

4. Analiza transferului. Transferul reprezintă un mecanism prin care raportarea la o altă persoană nu are legătură cu ceea ce este ea în realitate, ci are un caracter irațional și proiectiv. Dacă consilierul sau psihoterapeutul își mențin neutralitatea, majoritatea reacțiilor emoționale ale clientului nu au legătură cu situația prezentă, ci izvorăsc din tendințe ascunse. Analiza acestor reacții poate conduce la descoperirea unor experiențe din copilăria clientului, experiențe care au generat aceste tendințe, precum și la cunoașterea motivațiilor inconștiente care au stat la baza comportamentului. Psihanaliza avansează în rezolvarea conflictelor inconștiente printr-o serie de catharsis-uri (descărcări emoționale) și insight-uri (descoperiri bruște și intuitive). Consecutiv acestora au loc modificări favorabile în sfera personalității.

5. Analiza rezistențelor. Rezistențele reprezintă orice fapt care interferă cu dezvoltarea normală a ședințelor. Ele sunt mecanisme prin care persoana se apără de anxietatea inerentă aducerii în conștient a unor motive și conflicte inconștiente. Rezistențele pot îmbrăca diferite forme: dezacordul cu consilierul, neîmpărtășirea tuturor gândurilor, întârzieri și absențe de la ședințe, adormirea în timpul ședințelor. Analiza rezistențelor demonstrează clientului în ce măsură îl împiedică acestea să afle adevărul despre problema prezentă.

6. Contratransferul. Nu numai clientul poate transfera asupra consilierului atitudini, gânduri, sentimente care au legătură cu o imagine sau amintire importantă din viața sa, dar și acesta poate răspunde emoțional la solicitările clientului. De aceea, orice consilier sau terapeut trebuie să-și realizeze un fel de „curățare" a psihicului propriu, fie prin analiza didactică, fie printr-un alt gen de analiză personală, specifică altor curente terapeutice. Consilierul trebuie să-și controleze sentimentele și atitudinile față de client (fără a deveni nereceptiv și lipsit de căldură), pentru a nu cădea în capcana contratransferului. Odată acesta realizat, consilierul nu mai poate avea o imagine clară a clientului și a problemei sale, eficiența asistenței psihologice având clar de suferit.

7. Analiza Egoului - constă în analiza forței și naturii specifice a atitudinilor conștiente și a comportamentului prezent al clientului. Rolul acesteia este de a vedea dacă clientul este pregătit, dacă Eul său este suficient de puternic pentru a se confrunta cu o nouă porțiune din tenebrele inconștientului.

8. Interpretările. „Interpretarea analitică constă în aceea că terapeutul ordonează materialul discontinuu produs de client în cursul asociațiilor libere și a analizei viselor, conferindu-i o explicație cu sens prin prisma conceptelor psihanalitice" (Irina Holdevici, 1996, p. 43). Interpretarea nu este un sfat, o sugestie, o încercare de influențare a clientului și nici nu este irefutabilă. Ea are ca scop obținerea insight-ului asupra materialului inconștient.

Concluzii

1. Psihanaliza accentuează legătura existentă între problemele cu care clientul se prezintă la consiliere sau psihoterapie și evenimentele semnificative din copilăria timpurie. Chiar dacă nu întotdeauna este plăcut să te întorci în trecut pentru a rezolva disfuncțiile prezentului, de cele mai multe ori este necesar. „Dacă consilierul ignoră istoria timpurie a clientului, el va avea o viziune limitată asupra cauzelor suferinței acestuia" (G. Corey, 1986, p. 70).

2. Concepția lui Freud asupra dezvoltării personalității umane, deși supralicitează importanța factorului sexual, poate fi un punct de reper pentru „a face lumină" în cazul clienților care prezintă o incorectă sau difuză asimilare a sex-rolului, cu consecințele negative inerente acestei asumări defectuoase.

3. Relația transferențială este mult accentuată în practica psihanalitică. Alte modele terapeutice nu pun așa mare accent pe transfer și contratransfer. Totuși, transferul și contratransferul sunt niște realități și orice consilier și psihoterapeut se confruntă cu ele.

4. Modelul psihanalitic asupra psihicului și personalității umane, precum și tehnica psihanalitică **nu au cum să lipsească din pregătirea generală a unui terapeut și consilier psihologic**. Analiza proiecțiilor și contratransferului în supervizarea tinerilor terapeuți este esențială în prevenirea erorilor terapeutice și în deblocarea cursului terapiei. Așadar și terapeuții au nevoie de terapeuții lor, adică de formatorii și supervizorii care le asigură analiza didactică și igiena mentală continuă, pe parcursul unor stagii variabile sau situații profesionale și existențiale specifice. Acest model a avut o influență majoră asupra tuturor sistemelor de consiliere și psihoterapie. „Unele modele terapeutice au luat naștere ca o extindere a psihanalizei, unele prin modificarea conceptelor analitice și procedurilor, iar altele au apărut ca o reacție împotriva acesteia" (G. Corey, 1986, p. 5).

2. Abordările psihodinamice postfreudiene

Teoria psihodinamică freudiană a fost completată și revizuită ulterior de o serie de psihanaliști care nu au fost de acord cu toate aspectele acesteia.

Abordările psihodinamice postfreudiene aduc modificări procesului de consiliere/ psihoterapie, atât din punct de vedere teoretic, cât și practic. Reprezentanții acestei abordări sunt: A. Adler, C.G. Jung, Melanie Klein, D. Winnicott, John Bowlby etc.

Pentru procesul psihoterapeutic, dar și cu aplicații în consiliere, mai **importante** sunt contribuțiie lui A. Adler și C.G. Jung (terapia analitică), iar

pe terenul psihanalizei aplicate la copii contribuţii esenţiale au Melanie Klein, D. Winnicot şi Francoise Dolto. Alţi autori de referinţă sunt:

- Wilhelm Reich – analiza reichiană, „vegetoterapia", cu continuatori umanişti ca A. Lowen şi John Pierrakos (analiza bioenergetică) sau vegetoterapeuţi ca Ola Raknes, Gerda Boiesen, David Boadella şi Federico Navarro, precum şi neoreichieni ca Richard Meyer (somatoanaliza);
- Heinz Hartman, Erick Erickson, David Rappaport – „psihologia Ego-ului";
- Ronald Fairbairn, Otto Kernberg, Heinz Kohut – terapia relaţiilor obiectuale;
- M. Balint – psihanaliza focală, psihodrama analitică de grup;
- David Malon – terapia dinamică de scurtă durată;
- Karen Horney – neopsihanaliza.

A. Adler accentuează determinismul social în defavoarea celui biologic, influenţa familiei şi a factorilor de mediu în determinarea comportamentului individului. El consideră că influenţele din copilărie pot da naştere unor complexe de inferioritate, iar tendinţa de a le compensa poate constitui o sursă motivaţională şi volitivă puternică pentru destinul personal.

În procesul de consiliere, ca şi în cel terapeutic, clienţii sunt încurajaţi să-şi asume responsabilitatea propriului destin.

C.G. Jung, în teoria lui asupra psihicului, acordă importanţă şi părţii spirituale, mistice, transpersonale şi creative din om. Este cunoscut mai ales pentru **teoria arhetipurilor** şi pentru conceptul de **inconşient colectiv**, care a redimensionat semnificativ evoluţia psihoterapiei, orientând-o către abordarea umanistă şi transpersonală. El este aşadar, pentru istoria psihoterapiei, o punte de legătură între abordarea novatoare pe care o denumeşte „analitică" şi abordarea holistică transpersonală actuală, cu rădăcini în tradiţiile spirituale. Jung distinge 3 nivele psihice:

- conştientul (Eul este partea conştientă a persoanei - Persona);
- inconştientul personal (Umbra), ce se compune din conţinuturi care au devenit inconştiente, fie pentru că şi-au pierdut intensitatea şi au căzut în uitare, fie pentru că li s-a retras conştienţa prin aşa numită refulare, şi din conţinuturi ce sunt de fapt percepţii senzoriale care n-au ajuns niciodată în conştient;
- inconştientul colectiv, care nu este individual, ci general uman, constituie substratul oricărui psihism individual. El este depozitarul arhetipurilor (elemente universale, imagini primordiale care au semnificaţie pentru noi toţi).

Cele mai importante arhetipuri sunt: *Persona, Anima, Animus, Umbra, Sinele.* Persona reprezintă masca socială, Anima este imaginea colectivă a femeii în psihicul bărbatului, Animus este imaginea colectivă a bărbatului în psihicul femeii, iar Umbra semnifică partea întunecată, neacceptată a psihicului. *Umbra poate fi individuală, dar şi familială şi colectivă* (ultimele două constituind obiect de studiu în

viziunea ulterioară a analizei transgeneraționale în contextul terapiei unificării – v. Iolanda Mitrofan, Cristina Denisa Stoica, 2005).

Umbra nu poate fi conştientizată decât în relaţia cu un adversar, iar Animusul şi Anima numai în relaţia cu sexul opus, deoarece proiecţiile lor se exercită doar acolo (aspect important în analiza şi terapia relaţiilor parteneriale de cuplu).

Alt concept introdus de Jung este cel de „orientare a personalităţii" şi se referă la felul în care o persoană se relaţionează cu alţii şi cu mediul de viaţă. Există persoane cu orientare introvertă (accentul cade pe subiectivitate) şi altele extraverte (interesul este extern).

În procesul de consiliere/ psihoterapie jungian se folosesc asociaţiile libere, interpretarea viselor (visele nu mai sunt analizate ca la Freud predominant sexual, ci acum ele au o funcţie mai importantă pentru viaţa psihică în ansamblu). În viziunea lui Jung, visele au rolul de a echilibra persoana, dar şi acela de a transmite informaţii importante despre evoluţia individuală). Interpretarea transferului şi contratransferului se menţin ca obiective în terapia analitică. Scopul terapiei, ca şi al consilierii de orientare analitică este acela ca persoanele să devină mai armonioase cu lumea lor internă, fără a pierde contactul cu lumea externă. Acest scop are un nume precis în orientarea jungiană: **„individuaţie"**, adică creştere personală (în terapia nondirectivă se va regăsi sub denumirea de „autoactualizare", iar în terapiile experienţiale şi holistice conceptul va fi asimilat în cel de dezvoltare şi maturizare personală, având unele corespondenţe cu cel de „integrare unificatoare" din terapia unificării – Iolanda Mitrofan, 2004).

ÎNTREBĂRI

1. Care sunt principalele contribuţii teoretice ale lui S. Freud?
2. Care sunt principalele tehnici şi proceduri în derularea demersului terapeutic psihanalitic?
3. Care sunt consecinţele creării psihanalizei în evoluţia metodelor şi curentelor în domeniul psihoterapiei şi consilierii?
4. Ce contribuţii semnificative au adus continuatorii lui Freud?
5. Ce consecinţe întrevedeţi în dinamica elaborării şi implementării diversităţii de metode psihoterapeutice: a. în lumea ştiinţifică actuală; b. în formarea terapeuţilor şi consilierilor; c. în asistarea şi optimizarea umană.

TEMĂ. Completaţi-vă cunoştinţele, citind în original sau în traducere lucrări ale autorilor menţionaţi în curs. Alegeţi cele mai interesante texte şi încercaţi să le comparaţi. Aflaţi care dintre aceşti autori sunt mai aproape de modul vostru de a simţi şi gândi. Realizaţi un eseu pe o tematică aleasă de voi, valorificând anumite texte din autorul preferat.

MODUL II
A. Abordările umaniste – experiențiale și holiste

În lucrarea de referință **„Orientarea experiențială. Dezvoltare personală, interpersonală și transpersonală" (Iolanda Mitrofan și colab., editura SPER, 2000)**, care a promovat și introdus această orientare în practica psihoterapeutică din România, ca opțiune teoretico-metodologică a Școlii și Centrului formativ SPER de la București, centrate pe metoda P.E.U. (Psihoterapia Experiențială a Unificării), noi am clasificat metodele reprezentative ale curentului umanist-experiențial în trei categorii:

- **metode clasice**:
  - psihoterapia gestalt – Frederick Perls;
  - psihoterapia nondirectivă sau centrată pe persoană – Carl R. Rogers;
  - psihodrama clasică – Jacob Levi Moreno;
- **metode moderne**:
  - analiza existențială – L. Biswanger, Victor Frankl, Rolo May etc.;
  - analiza tranzacțională – Eric Berne;
  - analiza bioenergetică – W. Reich, A.Lowen;
- **metode postmoderne**:
  - programarea neurolingvistică – John Grinder și Richard Bandler;
  - terapiile transpersonale – R. Assagioli (psihosinteza); S. Grof (terapia sub LSD și terapia prin respirație holotropică), K. Wilber, Ch. Tart etc.;
  - terapia experiențială a unificării (PEU), bazată pe meditație creativă și transpersonală restructurativă – Iolanda Mitrofan

Acestea au adus nu doar în sfera terapiei și dezvoltării personale contribuții deschizătoare de drumuri și reformatoare de paradigmă, ci și în cea a consilierii psihologice și școlare, eficientizând-o printr-o serie de elemente atât teoretice, cât și practice. Societatea de Psihoterapie Experiențială din România continuă și dezvoltă această tradiție a abordărilor experiențiale și transpersonale, cu propriile-i contribuții, proiecte, studii, cercetări, publicații și servicii formative, didactice și de asistare (v. lista bibliografică):

- metoda P.E.U. și dezvoltarea personală unificatoare (Iolanda Mitrofan, 1999, 2000, 2003, 2004, 2006, Adrian Nuță 1999, 2000);

- aplicații, extensii sau transformări ale acesteia în domeniul analizei transgeneraționale (Iolanda Mitrofan, Cristina Denisa Stoica, 2005), în terapia și consilierea copilului, adolescentului, cuplului și familiei (Iolanda Mitrofan și Elena Vladislav, Marina Badea, Diana Vasile, Elena Anghel, Geanina Cucu-Ciuhan, Laurențiu Mitrofan ș.a., 2001-2006; Adrian Nuță, 2001-2006; Ioana Stancu);
- aplicații și extensii în consilierea psihologică școlară (Ioana Stancu, 2005; Elena Anghel, 2007);
- aplicații și transformări în psihotraumatologie (Iolanda Mitrofan, Doru Buzducea, 1999, Diana Vasile, 2007);
- aplicații și adaptări în sfera clinicii psihosomatice și psihiatrice (Iolanda Mitrofan, 1990-2003; Cristina Denisa Stoica, 2002, 2003; Ioana Stancu, 2003; Marina Badea, Paula Onu, Cătălin Nedelcea, Dragoș și Alina Ileana ș.a.);
- adaptări în gerontopsihologie (Rozeta Drăghici);
- în asistarea marginalilor, excluderii și patologiei sociale (Victor Badea, Laurențiu Mitrofan, 2001, 2003);
- în sfera terapiilor corporale și transpersonale (Adrian Nuță, 2007), în terapii creativ-expresive și dramaterapie unificatoare (Iolanda Mitrofan, 1999-2004; Marina Badea, 2003; Victor Badea, Adrian Nuță, 1999; Claudia Popescu);
- în dezvoltarea personală unificatoare și învățarea experiențială în grup – competență universitară transversală (Iolanda Mitrofan, Laurențiu Mitrofan, Carmen Maria Mecu, Nicolae Mitrofan, Adrian Nuță, Ion Cosmovici, Cristina Denisa Stoica, Elena Vladislav, Raluca Tomșa, 2006-2007; Iolanda Mitrofan, Augustina Ene, 2005; Elena Anghel, 2007; întreaga echipă 1997-2007);
- optimizarea organizațională și a comportamentului profesional (Cătălin Nedelcea, Paula Dumitru, 1999).

1. Abordarea existențială Fundamentele filosofice

Originea acestei abordări (Iolanda Mitrofan, Doru Buzducea, 2000, p. 132-151) o găsim în lucrările existențialiștilor europeni (S. Kierkegaard, M. Heidegger, J.P. Sartre, M. Buber), precum și în filosofia și psihologia orientală. Toți acești autori, la fel ca și principiile filosofiei orientale, consideră omul ca o entitate unică, capabilă de creștere și fiind în continuă dezvoltare.

Filosofia danezului Kierkegaard are în centrul ei conceptul de „teamă", un fel de neliniște ontologică, o anxietate în fața vieții. Fără experiența acestei

temeri, omul trece ca un somnambul prin viață. Asumarea anxietății existențiale îl poate face pe om să devină stăpânul destinului său, într-o lume în care totul e nesigur.

M. Heidegger postulează implicarea profundă a omului în viața sa. A fi în lume nu înseamnă o manieră superficială de raportare la sine și la ceilalți, ci una autentică și responsabilă. J.P. Sartre accentuează asupra libertății absolute a omului. Chiar dacă există constrângeri, acestea pot fi eludate, căci „esențial nu este ceea ce s-a făcut dintr-un om, ci ceea ce face el din ceea ce s-a făcut din el" (J.P. Sartre). Libertatea omului îi creează acestuia premisele construirii devenirii sale. „Sunt absolut liber și absolut responsabil de situația mea" (J.P. Sartre).

M. Buber susținea că noi suntem condiționați în formarea noastră, de către ceilalți. Pentru ca dezvoltarea personalității noastre să fie armonioasă avem nevoie de relații autentice, profunde, de la suflet la suflet, iar nu de la rol la rol.

Acest curent filosofic a dat naștere unei abordări psihologice existențiale ai cărei reprezentanți sunt Ludwig Biswanger - psihanalist ce abandonează freudismul în favoarea fenomenologiei lui E. Husserl; Rollo May (psiholog american); Medard Boss (psihiatru elvețian, ce a devenit adeptul lui L. Biswanger); Eugene Minkowski; Victor Frankl; Angel; Ellenberger.

- **Concepția existențialiștilor asupra naturii umane**

Abordarea existențială are ca punct central ideea că procesul de consiliere sau psihoterapie nu reprezintă un set de tehnici, ci o manieră de a înțelege felul de a ființa al oamenilor în lume. O altă idee nodală este că sensul existenței noastre nu este fixat, odată pentru totdeauna, ci că noi ne reconstruim continuu idealurile și dezvoltarea.

Dimensiunile de bază ale existenței umane, conform modelului existențial (după G. Corey, 1990, p. 78-83), sunt:

1. Capacitatea omului de a fi conștient și de a lua decizii. Noi avem potențialul de a acționa; inacțiunea este o decizie; ne alegem acțiunile noastre și ne construim, parțial, destinul; anxietatea este o parte a vieții, derivată din libertatea noastră, ceea ce ne face să devenim mai responsabili în alegerile noastre; noi suntem, în fond, singuri, dar avem oportunitatea de a construi relații cu ceilalți.

2. Libertatea și responsabilitatea. Cele două merg mână în mână. Noi suntem în întregime responsabili pentru viața noastră și pentru acțiunile noastre. Suntem autorii propriei vieți, în sensul că ne construim destinul, viața și chiar problemele cu care ne confruntăm.

În consilierea şi psihoterapia existenţială, asumarea responsabilităţii reprezintă o condiţie a schimbării.

3. *Străduinţa pentru construirea identităţii şi a relaţiilor cu alţii*. Fiecare om îşi doreşte să se descopere pe sine. Acesta nu este un proces simplu, ci presupune curajul de a te confrunta cu tine. În acelaşi timp, fiecare om intră în relaţie cu alţi semeni, pentru a evita singurătatea şi nefericirea.

Problema este că mulţi dintre noi ne construim identitatea preluând idei, valori, sugestii de la persoanele importante din viaţa noastră şi centrându-ne mai puţin pe ceea ce suntem şi vrem cu adevărat.

Efortul pentru **construirea identităţii şi a relaţiilor interpersonale** presupune:

* Curajul de a fi, căci îţi trebuie curaj pentru a-ţi descoperi interiorul şi a trăi conform cu ceea ce eşti.

* Experienţa singurătăţii: ne ajută să înţelegem că noi singuri ne decidem sensul vieţii; dacă nu suntem în stare să ne simţim bine cu noi, nu vom fi în stare să fim în armonie cu ceilalţi. „Înainte de a avea o relaţie solidă cu altcineva, trebuie să avem o bună relaţie cu noi înşine" (G. Corey, 1990, p. 80).

* Relaţionarea cu ceilalţi: noi ne relaţionăm continuu cu ceilalţi. Dar numai când un om se simte bine cu sine poate să-şi construiască relaţii personale satisfăcătoare, căci acestea vor fi bazate pe prea-plinul lui, iar nu pe frustrările personale.

4. *Căutarea înţelesului vieţii*. Mulţi clienţi vin la consiliere sau terapie pentru că nu şi-au găsit semnificaţia existenţei proprii. „De ce sunt aici?", „Ce să fac cu viaţa mea?" sunt întrebări frecvente ale oamenilor.

În abordarea existenţială, consilierul sau terapeutul îl ajută pe om să-şi **clarifice direcţia propriei vieţi**. Căutarea înţelesului propriei vieţi este corelativă cu:

* Debarasarea de valorile introiectate. Căutarea propriului sistem de valori înseamnă renunţarea la valorile împrumutate de la ceilalţi. Această renunţare este acompaniată, o perioadă, de o inevitabilă anxietate, căci clientul se va simţi ca „o frunză în bătaia vântului" până când îşi va găsi propriul sistem de valori.

Încrederea psihoterapeutului sau a consilierului în capacitatea clientului de a-şi construi un sistem propriu de valori este foarte importantă în această etapă, căci este o perioadă nu foarte uşoară pentru acesta.

* Conştientizarea faptului că fiinţarea în lume nu are un înţeles în sine constituie conţinutul demersului lucrativ al etapei.

* Căutarea unui nou înţeles – constituie obiectivul etapei („fiecare individ trebuie să-şi descopere înţelesul propriei vieţi", precizează Victor Frankl, 1963).

Acest înțeles nu este complet atâta vreme cât persoana este în viață. Oamenii pot să se îndrepte spre adevăratul lor sens al existenței chiar și atunci când suferă. Iar când acesta este găsit, ei vor fi capabili să creeze, să iubească, să muncească, să construiască.

5. *Anxietatea, ca o condiție a vieții*. Existențialiștii consideră anxietatea ca o condiție a vieții. Ei delimitează între anxietatea normală, pozitivă, și cea nevrotică. Anxietatea normală este benefică, deoarece „prin intermediul ei individul conștientizează faptul că existența este limitată și de aceea individul este singurul responsabil de scopul și direcția vieții" (Iolanda Mitrofan și Doru Buzducea, 1997, p. 115). Anxietatea nevrotică, însă, imobilizează persoana și-o face incapabilă de a acționa.

Deoarece existența nu poate fi concepută în afara anxietății, existențialiștii nu luptă pentru anihilarea acesteia, ci pentru transformarea anxietății nevrotice într-una normală, cu potențial benefic.

A învăța să accepți anxietatea este un pas în direcția unei vieți autentice. A nu fugi din fața necunoscutului (ce se asociază evident cu anxietatea) și a te refugia într-un colț călduț, bine-știut, a avea tăria să te confrunți cu neliniștea din fața schimbărilor, înseamnă a trăi, dar nu oricum, ci în concordanță cu tine.

6. *Confruntarea cu moartea*. „Este absolut necesar să ne gândim la moarte dacă vrem să ne gândim, într-o manieră plină de înțeles, la viață" (G. Corey, 1990, p. 83). Confruntarea cu moartea, iar nu fuga din fața acestei idei, ne face să realizăm că viața este finită și că nu avem o eternitate la dispoziție pentru a ne realiza planurile.

- **Procesul de consiliere / psihoterapie**

Scopul principal al consilierii și terapiei existențiale este a-i ajuta pe clienți să conștientizeze că au libertatea de a-și construi propriul destin, dar și responsabilitatea pentru propriile acțiuni. Terapeuții existențialiști ajută clienții să facă față anxietății inerente alegerilor și să accepte ideea că destinul lor nu este determinat din afară, de anumite forțe.

Pe măsură ce clientul conștientizează că este singurul responsabil de ceea ce este, el reușește să accepte prezența anxietății, ca un corolar al unei vieți autentice și, în deplin acord cu propriile decizii și acțiuni, el va putea: să-și clarifice identitatea personală, să-și contureze scopuri care să-l definească și împlinească, să-și construiască relații personale satisfăcătoare, să fie mulțumit de sine și viața sa.

Aceste scopuri ale analizei existențiale derivă din ideea că simpomele celor care se prezintă la consiliere sau terapie sunt expresia alienării, înstrăinării de adevărata natură a Sinelui și a viețuirii în conformitate nu cu ceea ce ești, ci cu ceea ce i-ai lăsat pe ceilalți să facă din tine.

Relaţia consilier-client specifică acestei abordări este de „acceptare necondiţionată, respect, înţelegere şi comunicare mutuală, valorizare şi încurajare" (Iolanda Mitrofan, D. Buzducea, 1997, p. 115).

Temele majore ale întâlnirilor de consiliere sau de terapie sunt anxietatea, libertatea şi responsabilitatea, izolarea, alienarea, moartea şi implicaţiile ei pentru viaţă şi permanenta căutare a sensului vieţii. În timpul şedinţelor clientul este încurajat să-şi caute un plan de acţiune conform propriului şi unicului său fel de a fiinţa în lume.

- **Tehnicile şi procedurile utilizate**

Consilierii şi terapeuţii existenţialişti nu au un set de tehnici şi proceduri specifice. În aceastaă abordare pot fi folosite unele tehnici psihanalitice sau unele specifice orientării comportamentaliste, adoptate în funcţie de situaţia concretă a clientului. Mai frecvent întâlnite sunt:

- tehnica fanteziei dirijate;
- tehnici dramatice;
- fantezia şi reveria;
- relaxarea şi reveria;
- relaxarea musculară, pentru conştientizarea senzaţiilor corporale;
- tehnici de concentrare a atenţiei;
- tehnici de relaxare;
- tehnici de educare a voinţei;
- analiza viselor.

Una dintre tehnicile larg utilizate în abordarea existenţială este experimentarea imaginativă a morţii proprii. Anume, se cere clientului să-şi imagineze că a murit şi că participă la propria înmormântare. Apoi i se sugerează să descrie ce-ar spune persoanele prezente la ceremonial despre sine.

De asemenea, clientul trebuie să reflecteze la următoarele întrebări:

- Ce ai făcut cu propria viaţă?
- Cine te-a influenţat cel mai mult?
- Ce aşteptări nu ţi-ai îndeplinit?
- Ce proiecte ai realizat şi ce proiecte ai lăsat neterminate?
- Ce regreţi cel mai mult şi care este cea mai mare mulţumire a ta?
- Dacă ai putea să-ţi refaci viaţa, ce ai schimba în felul tău de a trăi?

Concluzii

- Abordarea existențială accentuează libertatea umană și responsabilitatea fiecărui om în construirea destinului propriu.
- Existențialiștii sunt cei care găsesc o latură benefică în fenomene considerate ca negative, până atunci, ca de exemplu: anxietatea, frustrarea, singurătatea și chiar moartea.
- Tehnicile utilizate nu mai au o atât de mare semnificație în cadrul acestui model. Ceea ce contează este relația consilier/psihoterapeut-client/pacient, o **relație de la adult la adult, bazată pe respect și înțelegere.**
- Abordarea existențialistă este profund umanistă, punând în centrul ei omul, cu potențialul său de a-și construi propriul său destin.

2. Abordarea nondirectivă sau consilierea centrată pe persoană Istoricul abordării

Consilierea și terapia centrată pe persoană sau nondirectivă a fost dezvoltată de Carl Rogers. Urmărind, pe scurt, traseul vieții sale vom înțelege mai bine această teorie asupra personalității umane, dar și asupra modalității de a înțelege și realiza consilierea și terapia.

Rogers s-a născut într-o familie americană de protestanți din mediul rural. În primii ani de colegiu este foarte interesat de istorie și religie. După colegiu, pleacă la New York și se înscrie la un institut de studii filosofice și religioase, pe care îl abandonează, nemulțumit fiind, în favoarea lui "Teachers College of Columbia University". Aici descoperă psihologia clinică prin intermediul cursurilor realizate de Leta Hollingwort. Un an de stagiatură îl va petrece la "Institut for Child Guidance", o clinică în care va lua cunoștință cu gândirea freudiană. Aici face primii pași în cariera lui de consilier și terapeut. Apoi, timp de 20 de ani va fi directorul unei clinici psihopedagogice din Rochester. Acum îl va cunoaște pe Otto Rank și va fi profund impresionat de concepția acestuia. Rogers va fi profesor la o catedră de Psihologie Clinică la Ohio State University, iar, după 1940, va realiza programe de cercetare la Universitatea din Chicago.

Periplul lui existențial i-a facilitat apropierea de filosofie, religie, psihologie, de studenții, dar și de clienții săi, de oameni obișnuiți, dar și de

personalităţi într-un domeniu. Din variata sa experienţă Rogers a dat naştere unei noi abordări a consilierii şi psihoterapiei, cea nondirectivă (1942). Ulterior sistemul său s-a numit consiliere/ psihoterapie centrată pe client, datorită confuziei pe care termenul de nondirectivitate a iscat-o printre specialişti, apropiindu-l ca sens de cel de neimplicare.

- **Concepţia asupra naturii umane**

Ideea în jurul căreia se coagulează teoria rogersiană asupra naturii umane este încrederea în capacitatea de dezvoltare pozitivă a persoanei într-un climat de respect şi încredere.

Această capacitate de dezvoltare, „**tendinţă de actualizare**", este inerentă oricărei fiinţe umane, se manifestă atât la nivel fizic, cât şi psihic şi constă într-o organizare pozitivă, în sens evolutiv, a propriilor experienţe, adică într-o dezvoltare a persoanei în direcţia maturităţii, dacă condiţiile exterioare o permit. Mediul de viaţă îşi pune amprenta asupra acestei tendinţe, dar nu direct, ci indirect – acţionând asupra persoanei prin intermediul percepţiei (subiective) pe care individul o are asupra realităţii. Are mai puţină importanţă dacă condiţiile exterioare sunt frustrante sau nu, contează dacă persoana le percepe sau nu ca atare.

Percepţia realităţii de către persoană este strâns conectată cu percepţia persoanei despre sine, cu imaginea pe care o are despre ea, adică cu Eul propriu. Între tendinţa de actualizare a persoanei şi Eul propriu există fine influenţări: Eul orientează tendinţa de actualizare şi aceasta tinde către îmbogăţirea Eului.

Dacă persoana are însă o imagine falsă despre sine, Eul nu-şi poate îndeplini funcţia sa de orientare corectă a actualizării persoanei şi, în această situaţie, nu mai poate fi vorba de o dezvoltare pozitivă, evolutivă a individului. Deci putem spune că o imagine incorectă despre sine blochează dezvoltarea persoanei.

Pentru ca Eul să corespundă realităţii, persoana trebuie să dispună de **libertate experienţială, libertatea de a-şi recunoaşte propriile simţiri şi gânduri, fără distorsiuni sau cenzurări realizate din diverse motive** (frica de pedepse, teama de a nu dezamăgi persoanele iubite).

„Când libertatea existenţială este ameninţată, apare anxietatea, care-l împinge pe individ să-şi reprime mai întâi exteriorizarea, apoi existenţa sentimentelor sale. O parte a experienţei trăite scăpând cunoaşterii sale, controlul comportamentului îi scapă în aceeaşi măsură. Astfel persoana devine confuză şi dezorientată, devine nevrotică" (Iolanda Mitrofan, 1997, p. 85).

În procesul consilierii şi terapiei centrată pe client se porneşte tocmai din acest punct, al libertăţii experienţiale şi construirii imaginii autentice de sine. Într-o atmosferă de încredere şi toleranţă, persoanele învaţă să ia contact cu ceea ce sunt cu adevărat, cu emoţiile, sentimentele, convingerile şi atitudinile proprii. Odată drumul deschis către Eul propriu, tendinţa de actualizare şi, implicit, dezvoltarea persoanei pot funcţiona liber.

Rogers are o **concepţie puţin diferită comparativ cu cea a existenţialiştilor cu privire la fenomenul anxietăţii.** Dacă pentru aceştia un anumit nivel al anxietăţii este necesar impulsionării persoanei pentru a-şi construi o viaţă congruentă cu potenţialul propriu, C. Rogers este de părere că anxietatea are un **efect frenator** asupra dezvoltării normale, fireşti a personalităţii.

Ca o consecinţă a acestei idei este şi climatul afectiv specific abordării centrate pe client, ce se caracterizează prin securitate, căldură, înţelegere empatică, toleranţă şi respect. „Condiţia indispensabilă progresului terapeutic este reducerea anxietăţii, pentru că anxietatea conduce la atitudinea de defensivă, care este duşmanul dezvoltării. Pentru ca nivelul anxietăţii să poată scădea trebuie ca subiectul să se simtă la adăpost de orice exigenţe, ameninţări sau alte represiuni" (A. Luca, în Iolanda Mitrofan, 1997, p. 92).

Această tendinţă de autoactualizare, specifică fiecărei persoane, dacă nu este împiedicată în desfăşurarea ei, conduce la formarea de persoane mature, **autoactualizate.**

După Carl Rogers şi Abraham Maslow, **o persoană autoactualizată are următoarele caracteristici**: percepţie corectă a realităţii; acceptare a Eului, a celorlalţi şi a naturii umane; spontaneitate; centrare pe problemă; detaşare; independenţă de cultură şi mediu; prospeţime continuă a aprecierii; orizonturi nelimitate; sentimentul social; relaţii sociale profunde, dar selective; structură de caracter democratică; certitudine etică; simţ neostil al umorului şi spirit creator.

Dar nu există un punct terminus al autoactualizării, acest proces durează cât viaţa omului.

Punctul de vedere al lui C. Rogers asupra omului este profund umanist. Nu există un mai bun specialist asupra vieţii, altul decât cel care o trăieşte. Dacă în interiorul său persoana poate să fie liberă, ea este cea mai în măsură să descopere modalitatea de comportament şi acţiune care s-o ajute să se dezvolte pozitiv, în direcţia unei atitudini mature faţă de viaţă şi sine.

- **Procesul de consiliere/ psihoterapie**

Procesul de consiliere/ psihoterapie rogersian este caracterizat prin **nondirectivitate sau centrare pe persoană**. Ce înseamnă aceasta? Înseamnă o lipsă a direcţiilor, a diagnosticelor şi interpretărilor dinspre consilier spre client.

Atitudinea aceasta nu trebuie confundată cu indiferenţa sau neimplicarea consilierului. Ea este o consecinţă a concepţiei despre natura umană, a încrederii pe care consilierul o are în fiecare persoană de „a se direcţiona" singură dacă un climat securizant este asigurat.

Această încredere în oameni a consilierului este ceva profund, o atitudine, iar nu o concepţie declarativă. Procesul consilierii şi psihoterapiei nondirective este eficient, adică procesul numit „actualizarea de sine" se declanşează numai dacă consilierul are **convingeri şi atitudini de încredere în capacitatea de dezvoltare a fiinţei umane**.

În concepţia lui Rogers (1979) scopul consilierii sau al terapiei nu este numai rezolvarea problemei clientului.

În principal se asistă clientul în procesul lui de creştere, astfel încât acesta va putea să-şi rezolve mai bine atât problemele prezente, cât şi pe cele viitoare. În climatul afectiv de încredere şi toleranţă, clientul va putea să renunţe la măşti, la faţade şi va lua contact cu sentimentele, emoţiile şi gândurile sale reale, va intra în legătură cu sine şi cu lumea.

Contactul cu sine înseamnă restabilirea unităţii personalităţii; el presupune un pas important spre cunoaşterea şi acceptarea Eului real şi spre declanşarea procesului de actualizare.

Conform lui Rogers următoarele **6 condiţii** sunt necesare şi suficiente pentru ca procesul de actualizare să se declanşeze:

- două persoane să fie în contact psihologic;
- prima persoană, pe care o numim client, să se afle într-o stare de dezacord intern, de vulnerabilitate sau angoasă;
- a doua persoană, pe care o numim terapeut, să se afle într-o stare de acord intern, cel puţin pe perioda desfăşurării şedinţelor;
- consilierul/ psihoterapeutul să experimenteze sentimente de consideraţie pozitivă faţă de client;
- consilierul/ psihoterapeutul să aibă o înţelegere empatică a clientului;
- clientul să nu-şi dea seama decât într-o măsură minimă de consideraţia pozitivă necondiţionată şi înţelegerea empatică pe care consilierul/ terapeutul le dovedeşte faţă de sine.

• Tehnicile şi procedurile

Consilierii şi terapeuţii acestei orientări elimină din sfera procesului terapeutic tehnicile directive care să-i pună în rolul de experţi. Totuşi, chiar şi în această abordare nondirectivă, sunt prezente o serie de tehnici.

1. Ascultarea reflectivă (activă)

Important pentru ascultarea activă este nu numai segmentul de auzire şi înţelegere a ceea ce clientul spune, dar şi felul în care se răspunde acestuia.

Ascultarea reflectivă *nu* este atunci când:

- dai o directivă, ordoni ceva;
- avertizezi;
- dai un sfat, faci sugestii, propui soluții;
- persuadezi pe cineva;
- moralizezi sau spui clientului ce ar trebui să facă;
- nu ești de acord, judeci, critici sau blamezi;
- ești de acord, aprobi;
- ridiculizezi, învinovățești, etichetezi;
- interpretezi sau analizezi;
- consolezi, reasiguri, simpatizezi;
- chestionezi;
- îi distragi atenția cuiva de la ceea ce spune sau schimbi subiectul discuției.

Acestea **nu** au rolul de a favoriza comunicarea, ci sunt mai degrabă niște **blocaje** în calea ei. Clientul va trebui mai întîi să „lupte" cu ele și de-abia apoi să revină la problemele sale.

Esența ascultării este încercarea de a înțelege cât mai exact ceea ce celălalt spune. Într-o comunicare dintre două persoane, secvența inițială (adică ceea ce vrea să spună o persoană) parcurge **trei etape** până la înțelegerea ei de către cealaltă persoană: codarea semnificației de către emițător, auzirea și recodarea ei de către receptor.

În fiecare dintre aceste etape se pot produce perturbații, astfel încât ceea ce înțelegem s-ar putea să fie câteodată foarte departe de ceea ce a vrut celălalt să spună. Un ascultător reflectiv încearcă să înțeleagă cât mai exact ceea ce i s-a comunicat și apoi exprimă ceea ce a înțeles într-o altă propoziție, una afirmativă, nu interogativă. Pentru că dacă l-ar întreba pe vorbitor dacă a înțeles corect, acesta își va pune el însuși întrebarea dacă este adevărat ceea ce tocmai a afirmat.

Pentru a-i înțelege cât mai exact pe ceilalți, o persoană ar trebui să gândească ea însăși reflectiv. Aceasta presupune conștientizarea faptului că o afirmație poate să însemne foarte multe lucruri.

De exemplu, o propoziție de genul „**Sunt stresat**" poate să însemne:

„Am o stare de disconfort fizic";
„Mi-aș dori să nu mai fiu tensionat";
„Mi-e greu să mă concentrez";
„Iau decizii cu dificultate".

A gândi reflectiv reprezintă încercarea de a alege dintre multiplele variante posibile pe cea mai apropiată de semnificația reală a mesajului transmis. Căci ascultarea reflectivă nu înseamnă a ști cu exactitate înțelesul real a ceea ce ni se comunică, ci a încerca să ghicim cât mai exact semnificația

acestuia. Ascultarea reflectivă (activă) reprezintă, prin urmare, efortul de a înțelege cât mai exact ceea ce ni se spune.

Există mai multe nivele ale reflectării:

- **Reflectare tip ecou** – ca repetare a unui singur cuvânt sau a mai multora din ceea ce vorbitorul a afirmat. De multe ori se repetă ultimul cuvânt, ca modalitate de a stimula comunicarea.
- **Reflectarea ca reformulare.** Ascultătorul reformulează ceea ce a auzit, fără a modifica prea mult propoziția inițială.
- **Parafrazarea.** Reprezintă o reformulare mai profundă, prin care ascultătorul extinde semnificația mesajului mai departe de ceea ce a vrut să spună vorbitorul, dar ar fi putut să spună.
- **Reflectarea sentimentelor.** Este cea mai profundă formă de reflectare (din această cauză unii autori o prezintă tot ca pe o parafrazare) și presupune o înțelegere a dimensiunii emoționale a mesajului.

Deci, ascultarea reflectivă (activă) presupune nu numai o secvență de ascultare, dar și una de răspuns, cu scopul stimulării dialogului și al clarificării gândurilor și sentimentelor.

2. Amplificarea: se folosește pentru a scoate în evidență un aspect important al situației.

3. Tehnicile de deschidere: folosirea expresiilor „și", „deci tu", „așadar" atunci când clientul se blochează.

4. Focalizarea dialogului în prezent prin întrebări de genul: „Ce simți acum?", „Ce crezi/ simți în legătură ca asta?".

Toate aceste tehnici și proceduri sunt doar niște instrumente folosite în contextul procesului de consiliere/ psihoterapie. Ele însă nu înlocuiesc atitudinea fundamentală de deschidere, acceptare totală și valorizare necondiționată a clientului, ci doar o exprimă.

• Abordarea rogersiană centrată pe grup

Începând cu 1967, Rogers își deplasează interesul de la consilierea/ terapia individuală la cea de grup, elaborând versiunea sa de „grup de întâlnire".

Irina Holdevici (1996) considera că Rogers are în vedere următoarele fenomene în cadrul grupului de întâlnire:

1. Experiența în grup poate conduce la modificări permanente în structura personalității individului.

2. Se stimulează confruntările autentice dintre membrii grupului, chiar dacă acestea pot îmbrăca forme mai virulente. Dacă însă se ajunge la o notă de sadism, conducătorul grupului își va exprima deschis opinia cu privire la respectivele afirmații.

3. Rogers nu este interesat de dinamica de grup, interesul său centrându-se pe conștientizarea, exprimarea și acceptarea propriilor sentimente de către fiecare membru al grupului.

Coezivitatea grupului, necesară oricărei intervenții de grup, este asigurată, în grupurile de întâlnire, la un nivel minimal.

Cei care **pot beneficia de apartenența la un grup de întâlnire** sunt:

- persoanele normale cu probleme de viață;
- persoanele anxioase;
- copiii cu tulburări de comportament;
- adolescenții cu tulburări de comportament;
- persoanele cu afecțiuni somatice invalidante;
- persoanele nevrotice;
- schizofrenii aflați în faza de remisiune.

În privința componenței **grupurilor de întâlnire**, sunt respectate următoarele reguli:

a) un număr de 6 sau 8 membri, la care se adaugă coordonatorul de grup;

b) membrii grupului pot avea diverse probleme sau diverse structuri de personalitate;

c) selecționarea membrilor grupului se face astfel încât subiecții să beneficieze de pe urma grupului și grupul să beneficieze de pe urma persoanelor;

d) grupul trebuie să fie omogen din punctul de vedere al vârstei;

e) sunt contraindicate pentru a face parte din grup persoanele foarte agresive sau cele extrem de sofisticate dotate și cu o notă de sadism;

f) este recomandat ca persoanele să nu se cunoască foarte bine înainte de a face parte dintr-un grup.

Ședințele au următoarele caracteristici:

- au loc într-o încăpere liniștită, membrii grupului fiind așezați în jurul unei mese;
- durează o oră și se realizează de două ori pe săptămână;
- sunt necesare un număr minim de 20 de ședințe;
- în timpul acestora sunt discutate anumite teme, aduse în centrul atenției de membrii grupului, deci ele au o importanță directă pentru cei din grup.

În grupurile de întâlnire, ca în orice grup de consiliere/ terapie, se urmărește o consiliere/ psihoterapie de grup (adică a dinamicii grupului), iar nu o consiliere/ psihoterapie individuală în grup.

Concluzii

- Concepția care stă la baza acestei abordări este că noi, oamenii, avem o capacitate înnăscută de autoactualizare care, dacă nu este frânată de factori din mediu, conduce persoana spre împlinire personală.
- Concepția lui Rogers asupra personalității umane este fenomenologică: noi ne structurăm personalitatea în acord cu felul cum percepem realitatea.
- În această abordare, un punct nodal îl reprezintă relația consilier-client, respectiv terapeut-pacient, relație bazată pe încredere și acceptare necondiționată a clientului.
- Responsabilitatea evoluției clientului îi revine, în cea mai mare măsură, acestuia.
- Psihoterapia, consilierea psihologică și educațională integrează perspectiva dezvoltată de Rogers, unde problemele clienților nu mai sunt văzute în termeni de tulburare și deficiență, ci se accentuează nevoile de autocunoaștere, de întărire a Eului, de dezvoltare personală.

3. Abordările holiste: psihoterapia gestalt (PG) și psihoterapia experiențială unificatoare (PEU)

Introducere

Frederick S. Perls este fondatorul abordării gestaltiste. El s-a născut în 1893 într-o familie de evrei din Berlin, iar în 1946 a emigrat în S.U.A. Formația sa ințială era de psihanalist. De la analistul său Wilhelm Reich el preia ideea „lucrului cu corpul", ca o modalitate de a înțelege și schimba personalitatea. De asemenea, este atras și de K. Horney și O. Rank.

În construcția abordării gestaltiste Perls a fost influențat de o serie de intelectuali ai timpului său (E. Friedlander, Jan Smuts - cel care a lansat termenul de „holism" și A. Korzbyski), de psihologia gestaltistă, de abordarea fenomenologică și perspectiva existențială. El a încorporat, ca tehnică, jocul de rol din psihodrama fundamentată de J.L. Moreno.

- **Specific teoretic şi metodologic**

Abordarea gestaltistă este una holistă, ce pune accent pe faptul că fiecare element al structurii personalităţii este conectat cu întregul. Perls este concentrat pe conştiinţa lui „aici şi acum", pe cum se simte, gândeşte şi trăieşte prezentul şi foarte puţin pe „de ce"-ul din spatele acestuia.

Actul de naştere al abordării gestaltiste a fost înfiinţarea Institutului de Gestaltterapie de către F. Perls, la propriul domiciliu din New York. Aici s-au organizat o serie de seminarii, workshopuri şi grupuri terapeutice. Tot în acest institut sunt formaţi primii consilieri/ psihoterapeuţi gestaltişti: P. Weisz, P. Goodman, E. Shapiro ş.a.

Până în anul 1970 (anul morţii lui Perls) au fost înfiinţate şi alte institute de gestaltterapie, din care foarte importante au fost cel din Cleveland şi „Esalen Institute din California".

După moartea fondatorului său (1970), abordarea gestaltistă a continuat să se dezvolte, astfel că în 1989 existau în lume 62 de institute de terapie gestaltistă.

- **Concepţia gestaltistă asupra personalităţii umane**

În abordarea gestalt conceptul de „holism" se aplică atât personalităţii, considerată un întreg în care fiecare element are legătură cu celelalte, cât şi relaţiei individului cu mediul, ce funcţionează ca o unitate dinamică. Individul, pentru a supravieţui şi a se dezvolta, intră în relaţie cu mediul, adică realizează contactul cu realitatea.

Contactul se realizează prin toate simţurile – văz, auz, miros, gust, pipăit, mişcare etc. După experimentarea contactului, este necesară integrarea informaţiilor „culese" din mediu. Contactul înseamnă îmbogăţire şi, în acelaşi timp, schimbare. Un bun contact (unitar, sănătos, holistic) presupune relaţionarea cu mediul şi cu ceilalţi fără a pierde simţul identităţii proprii.

Uneori contactul cu mediul este perturbat de anumite rezistenţe, modalităţi prin care persoana evită relaţionarea veridică cu datele realităţii. **Principalele rezistenţe la contact sunt:**

1. *Introiecţia* – asimilarea de către persoană, într-un mod nediscriminatoriu, a convingerilor, valorilor, standardelor specifice altor indivizi. Prin introiecţie persoana se înstrăinează de sine. Ceea ce asimilează în virtutea lui „trebuie", fără a se întreba dacă îi este necesar sau bine sau dacă i se potriveşte, o conduce pe aceasta la gânduri, acţiuni, comportamente neconforme cu esenţa ei. Treptat, pe lângă Eul său real, se suprapune un altul,

artificial, străin, preluat, care ocupă tot mai mult „spaţiu" în structura personalităţii. Astfel, imaginea de sine se deformează şi, implicit, drumul dezvoltării personale este blocat. Căci numai o reală cunoaştere de sine poate ghida adecvat dezvoltarea personală.

Toţi oamenii au elemente introectate în structura personalităţii lor. De aceea, în consilierea/ psihoterapia gestaltistă se recurge la distincţia între Eu/ non-Eu, între ceea ce este al meu şi ceea ce vine din afară, pentru ca drumul spre un contact normal şi sănătos cu mediul să nu mai fie perturbat şi persoana să-şi poată regăsi identitatea şi căi pentru împlinirea personală.

2. *Proiecţia*: se petrece atunci când o persoană atribuie altora gânduri, sentimente, dorinţe proprii. Văzând la alţii ceea ce refuză să vadă la sine, persoana nu-şi asumă responsabilitatea pentru ceea ce e, ceea ce simte, gândeşte sau face. Proiecţia dă naştere erorii în aprecierea de sine şi în aprecierea altora.

3. *Retroflecţia* „descrie procesul general de negare, înfrânare, reţinere sau echilibrare a tensiunii impulsive cu tensiunea senzorio-motorie opusă" (Iolanda Mitrofan, 1997, p. 35). Se realizează prin reţinerea acţiunii pe care o persoană ar fi dorit s-o realizeze în afară şi uneori deturnarea acesteia spre sine. În retroflecţie există un impuls care împinge la acţiune şi un altul care îi rezistă acestuia. Se împiedică o exprimare, o descărcare prin opunerea unei forţe altei tensiuni. Retroflecţia este un proces foarte costisitor pentru organism, din punct de vedere energetic. În plus, conduce la blocarea expresivităţii şi spontaneităţii persoanei, efectul fiind de rigidizare.

4. *Confluenţa*: constă în absenţa graniţei între sine şi mediu. Nu există o separaţie între eu şi alţii. Confluenţa împiedică realizarea unor relaţii satisfăcătoare cu ceilalţi. Această simbioză între sine şi ceilalţi conduce persoana la a fi intolerantă faţă de diferenţele pe care le sesizează la aceştia. De exemplu, în relaţia simbiotică părinte-copil, părintele consideră copilul ca pe o extensie a lui, iar nu ca pe o persoană cu individualitate proprie şi reacţionează prin resentimente la tendinţele acestuia de libertate.

În consilierea/ psihoterapia gestaltistă, persoanele la care predomină confluenţa sunt învăţate să distingă între sine şi ceilalţi, între eu şi tu.

5. *Deflecţia*: constă în evitarea contactului sau într-un contact rigid şi neautentic. Forme de deflecţie uzuale sunt: „a nu privi pe cineva în ochi", „a vorbi, dar a nu comunica" etc.

Când reglarea organismică eu-mediu este perturbată, persoana trăieşte conflicte intra sau interpersonale. Orice conflict presupune două părţi care se opun (de exemplu, credinţe, valori, sentimente contradictorii). Dihotomii frecvent întâlnite sunt între: minte şi corp, infantil şi matur, gândire şi afectivitate, conştient şi inconştient. Reunirea părţilor şi reîntregirea personalităţii este unul dintre scopurile consilierii/ psihoterapiei gestaltiste.

În abordarea gestaltistă există o tehnică specifică reîntregirii polarităților și anume „dialogul părților". Această **împăcare a polarităților** întregește persoana, care poate acționa mai eficient în direcția împlinirii sale.

Persoana sănătoasă psihic, deci aptă de a se împlini, este cea care are o imagine reală de sine și prin urmare se raportează autentic la sine și la ceilalți, este disponibilă spre armonizarea continuă a polarităților inerente vieții sufletești; ea este capabilă să se confrunte sincer cu propriile conflicte interne și cu cele ce apar în relațiile cu semenii; își asumă responsabilitatea pentru actele sale și este capabilă să-și găsească modalitățile de satisfacere a nevoilor fără a îngrădi drepturile altora.

• Ciclul experienței gestalt al satisfacerii nevoilor și teoria schimbării personale

Punctul de pornire al unui ciclu gestalt este o nevoie personală activată. În structura personalității, fiecare om are o constelație de nevoi proprii. Însă, există câteva care pot fi considerate fundamentale și comune pentru majoritatea oamenilor. A. Maslow ierarhizează aceste nevoi fundamentale ale oamenilor, obținând o piramidă cu cinci trepte:

- nevoi biologice;
- nevoi de siguranță și confort;
- nevoi de relaționare personală;
- nevoia de valorizare;
- nevoia de a fi liber, creativ (de autoactualizare).

Pe măsură ce trebuințele dintr-un stadiu sunt parțial satisfăcute, intră în funcțiune nevoile din straturile superioare. Autoactualizarea presupune parcurgerea piramidei de jos în sus, atingerea și împlinirea nevoilor ce țin de vârful piramidei.

Ciclul experienței gestalt explică cum se realizează interacțiunea om-mediu, având drept cauză satisfacerea nevoilor personale și ca efect schimbarea și dezvoltarea personală.

Nevoia personală (fiziologică sau psihică) activată creează tensiune în organism. Această stare tensională *se simte* și *conștientizează*. Pentru a-și satisface nevoia, persoana *își adună resurse* și *acționează* în direcția împlinirii nevoii. Acțiunea este urmată de *contactul* cu obiectul nevoii, adică cu obiectul care poate satisface nevoia persoanei. După contact urmează ultima etapă: *retragerea*. Astfel persoana care și-a împlinit nevoia activată poate să-și reorienteze interesul de la obiectul care a condus la satisfacerea ei.

Acest ciclu al satisfacerii nevoilor poate fi întrerupt în oricare dintre fazele lui. Dacă simțirea nu se realizează, avem de a face cu introiecția; dacă conştientizarea este împiedicată, conținuturile sunt proiectate în afară; dacă acțiunea nu se întîmplă, avem retroflecție; dacă contactul nu se realizează, avem o evitare a lui; iar dacă satisfacerea nevoilor nu este urmată de o retragere, înseamnă că persoana a intrat în confluență cu obiectul.

Atunci când o nevoie este activată, persoana se orientează către ceva specific din mediu care să i-o satisfacă. **În termenii psihologiei gestalt, avem detaşarea unei figuri în fondul perceptiv al persoanei.** Pe măsură ce nevoia este împlinită, figura îşi pierde din evidență, lăsând loc alteia care corespunde unei alte necesități.

La persoana normală există o mobilitate a figurilor şi o legătură unitară între figură şi fond.

La persoana bolnavă (psihic sau somatic) fondul şi figura sunt „rupte", dihotomizate: figura poate să rămână fără fond (obiectul realizării nevoilor este doar în imaginația persoanei şi nu are un fundament real) sau contextul fără figură (persoana nu-şi orientează clar scopurile către ceva din realitate, care să-i satisfacă nevoile).

Retragerea, ultima etapă a ciclului gestalt, închide o etapă şi creează premisele deschiderii către o altă nevoie. Satisfacerea unei nevoi conduce, implicit, la îmbogățirea şi schimbarea personală. Dar numai adaptarea dinamică şi creativă la mediu îl ajută pe om să-şi satisfacă nevoile personale, deci să se împlinească, să se autoactualizeze. „Adaptarea nu poate fi decât creativă, pentru a fi evolutivă; altfel este blocantă şi patogenă" (Iolanda Mitrofan, 1997, p. 41).

- **Procesul de consiliere/ psihoterapie în abordarea gestaltistă**

Scopurile procesului de consiliere/ psihoterapie gestalt (cf. Zinker, 1978) sunt:

- creşterea conştiinței de sine;
- asumarea graduală a propriilor experiențe şi rezolvarea afacerilor „neîncheiate" din trecut;
- dezvoltarea abilităților şi valorilor care să satisfacă propriile nevoi fără a le viola drepturile altora;
- asumarea responsabilității pentru propriile acțiuni;
- mutarea suportului personal din exterior în interior;
- a deveni mai apt să ceri ajutor şi să oferi ajutor.

Indicații terapeutice

Consilierea/ psihoterapia gestaltistă sunt indicate:

- persoanelor cu tulburări anxioase, depresive, fobice, somatoforme;
- adolescenților cu tulburări de adaptare, emoționale și de identitate;
- persoanelor care doresc să-și optimizeze comportamentul (Iolanda Mitrofan, 1997, p. 42).

Există mai multe **modalități de lucru** în consilierea/ terapia gestaltistă:

- consiliere/ terapie individuală (pentru adulți, copii);
- consiliere/ terapie de grup;
- consiliere/ terapie a cuplului și familiei;
- workshopuri, cu scopuri de formare a consilierilor/ terapeuților, precum și de optimizare comportamentală.

În procesul de consiliere, **rolul consilierului/ terapeutului** este:

* De a centra atenția clientului asupra senzațiilor corporale, sentimentelor și gândurilor care se petrec în prezent, „aici și acum". Rolul focalizării pe ceea ce se petrece în prezent este deblocarea mecanismelor care deturnează contactul real cu sine și cu lumea și, implicit, creșterea conștiinței de sine.

* De a împiedica intelectualizările, interpretările și verbalizările excesive, căci toate acestea nu fac decât să împiedice experimentarea prezentului de către client.

* De a „forța" clientul (prin frustrare) să-și găsească propriile posibilități și să descopere că ceea ce așteaptă de la consilier poate realiza și singur. Perls utiliza frecvent frustrarea, ca mecanism deblocant al resurselor personale. În prezent, consilierii/ psihoterapeuții gestaltiști preferă o conduită mai blândă, mai suportivă.

* De a orienta atenția clientului asupra limbajului corporal, precum și asupra incongruențelor dintre verbal și nonverbal. De exemplu, consilierul poate spune clientului: „Dacă ochii tăi ar vorbi, ce ar spune ei?", „Poți purta o discuție între mâna ta stângă și cea dreaptă?".

Fiind atent la ceea ce transmite corpul și la incongruențele dintre cuvânt și mimică-gestică, clientul „învață" să nu se mai mintă pe sine și să se cunoască mai bine.

* De a ajuta clientul să înțeleagă mecanismele din spatele cuvintelor. Astfel sunt descurajate formulările generale, ca de ex.: „este greu", „este dificil", care împiedică o asumare a propriilor nevoi, dorințe, incapacități; acestea vor fi reconvertite în formulări personalizate: „mie îmi este greu", „mie îmi este dificil". Trecerea de la general la pronumele „eu", „mie" îl face pe client mai conștient de ceea ce este și poate.

* De a ajuta clientul să reconvertească întrebările în afirmaţii. Întrebările presupun o cerere de ajutorare şi chiar o neimplicare, pe când afirmaţiile centrează ideea pe propria persoană şi o ajută să se angajeze în căutarea soluţiilor din afară.

* De a susţine clientul să se debaraseze de cuvintele „blocante". De ex., prin expresii de genul „eu..., dar...", clientul nu face decât să nege ceea ce afirmase anterior şi, de fapt, să nu spună nimic. Cuvintele care exprimă probabilitatea: „poate", „e posibil", „cred", folosite cu o frecvenţă ridicată sunt neimplicante, ele condiţionează persoana în a rămâne mai mult în expectativă decât în acţiune.

De multe ori, în spatele expresiei „nu pot" stă ideea „eu nu vreau". Consilierul gestaltist orientează atenţia clientului spre această expresie pentru a decela exact ceea ce e neputinţă de ceea ce e nevoinţă.

Acestea sunt doar unele dintre modalităţile prin care, pe parcursul şedinţelor, consilierul îl face pe client să fie mai conştient de sine, să-şi asume responsabilitatea actelor sale şi să găsească modalităţi de a trăi mai eficient şi mai mulţumitor. Învăţarea acestor tehnici nu este echivalentă cu succesul consilierii. Mai importantă este atitudinea consilierului/ terapeutului. Deoarece pentru ca un client să devină autentic este nevoie ca terapeutul/ consilierul să fie autentic.

• Tehnici şi proceduri – de la clasic la postmodern

În abordarea gestalt clasică, tehnicile şi procedurile pot fi considerate *de focalizare*, căci rolul lor este de a centra atenţia clientului asupra sa (asupra senzaţiilor, gândurilor, sentimentelor, convingerilor, valorilor, relaţiilor, situaţiilor de viaţă propuse etc.).

Focalizarea atenţiei poate fi realizată prin întrebări de genul:

„Ce simţi tu acum?", „De ce-ţi aminteşte asta?", „Ce se întâmplă în corpul tău acum?", evitându-se, pe cât posibil, de ce-urile, care induc, de obicei, justificări şi intelectualizări.

De asemenea, în gestalt se utilizează o serie de **exerciţii** care au funcţia de focalizare a atenţiei asupra a ceva.

Exerciţiile (cf. Iolanda Mitrofan, 1997, p. 46-53) mai frecvent utilizate sunt:

1. Tehnici de conştientizare corporală: a tensiunii musculare, a ritmului respirator şi cardiac, a senzaţiilor epidermice sau interne, a mimicii şi pantomimicii etc. Toate acestea în relaţie cu trăirile afective, gândurile şi

amintirile pe care le evocă. Rolul exercițiilor de conștientizare corporală este de a face persoana mai conștientă de corpul său și de modul cum își poate utiliza corpul ca să devină mai conștientă de ceilalți, de mediu.

2. Tehnici de conștientizare afectivă și relațională.

* *Tehnica scaunului gol*: ca suport fie pentru a experimenta dialogul cu persoane semnificative din viață, fie pentru a pune în legătură părțile Eului aflate în conflict. A fost creată de Perls și o variantă a ei (top dog-under dog) constituie modalitatea prin care sunt puse „față în față" imaginea de sine reală cu imaginea de sine ideală.

* *Tehnica reprezentării spațiului personal*: constă în descrierea de către client a spațiului personal așa cum este perceput și văzut în prezent. Tehnica aceasta scoate în evidență percepția de sine în relație cu mediul, modalitățile de relaționare cu ceilalți, blocajele sau disconfortul existente în relația eu-lume, orientarea predominantă a personalității.

* *Tehnica zidului*: a fost elaborată de Iolanda Mitrofan (1997, p. 47), ca parte integrantă în arsenalul tehnic al terapiei unificării, pornind de la și inspirată fiind de terapia gestalt. Este o tehnică metaforică prin care clientul se confruntă, la nivel imaginativ, cu un zid – simbol relevant pentru proiectarea atitudinii și strategiei de a face față unui obstacol existențial. Instructajul exercițiului este: „Te afli în fața unui zid. Descrie-l... Ce simți?... Ce gândești?... Ce faci? Acționează ca și cum te-ai afla față în față cu zidul". Prin acest exercițiu sunt developate reacțiile emoționale și strategiile de confruntare cu obstacole existențiale. De asemenea, ea permite descoperirea unor resurse personale de a face față situațiilor blocante din viață. Prin componenta meditativ-creativă dirijată și dinamizatoare (joc de rol simbolic), clientul focalizat resemnifică și transfigurează spontan experiența, dezvoltând un comportament nou, creativ și maturizant.

* *Tehnica cubului*. Ca și precedenta, a fost elaborată de Iolanda Mitrofan în cadrul P.E.U. (idem op. cit., p. 47) și este tot o tehnică metaforică prin care clientul experimentează, imaginativ, o situație de izolare, urmată de transpunerea dramaterapeutică și focalizarea meditativă – exercițiul stării de martor asupra rolului experimentat corporal, afectiv, cognitiv și acțional simultan, în prezența și cu provocarea grupului-martor. Aceasta permite o **extensie spontană a conștienței de sine**, o resemnificare creativă și o integrare a experiențelor blocante anterioare, o reunificare a polarităților și o transformare personală care permite autodeblocarea, modificarea viziunii asupra vieții, asupra sieși și a contactelor interumane, inclusiv a scenariului și traiectoriei de evoluție. Tehnica poate fi utilizată însă și în maniera clasică gestalt terapeutică. Instructajul exercițiului este: „Te afli închis într-un cub... Ce simți?... Ce gândești?... Ce faci?... Dacă ar fi să iei cu tine ceva sau pe cineva, ce sau pe cine ai lua în cub?". Tehnica arată modul cum persoana face față situațiilor izolante și poate constitui suportul pentru depășirea unor probleme de viață.

* *Tehnica peştera (Iolanda Mitrofan, 2004)*. Are puncte comune cu cea anterioară, instructajul fiind următorul: „Ai pătruns într-o peşteră şi s-a blocat intrarea. Observă-te pas, cu pas... Ce simţi?... Ce gândeşti?... Ce faci?... Acţionează chiar acum, aşa cum simţi şi alegi şi fii conştient de felul în care îţi creezi experienţa. Ce sens are pentru tine? Ce şi cum poţi face altfel? Ce efecte se produc? Cum sau în ce fel le faci faţă? Ce sens au acum pentru tine?... Ce ai aflat chiar acum despre tine? Ce decizi să faci în continuare? Alege trei variante în care poţi face ce ai ales să faci... etc." De multe ori, exerciţiul evidenţiază dificultăţile de adoptare a **identităţii feminine**, precum şi raportarea, în general, a clienţilor la principiul feminin (ce constă în oferirea de protecţie, suport, sprijin).

Menţionăm că toate **cele trei tehnici originale fac parte din arsenalul „tehnic" şi procedural al terapiei unificării**, ele fiind parţial înrădăcinate în unele modalităţi tehnice aparţinând **spiritului metodologic gestalt,** dar fiind utilizate ca tehnici provocative meditative transconştiente. Această modalitate de a utiliza meditaţia creativă (care declanşează nivelul transconştient de procesare şi resemnificare a informaţiilor şi a experienţelor trăite) este facilitată de reconstituirea simbolică prin improvizaţie dramaterapeutică, urmată de analiza şi conştientizarea resurselor autocreative, de activarea şi recanalizarea lor spontană către obiective sau acţiuni mai realiste şi eficiente. În consecinţă, se produce un efect autorestructurativ benefic. Aceste tehnici reprezintă doar o foarte mică parte din exerciţiile create şi practicate în P.E.U. (v. 2000, 2004), ca o terapie holistă postmodernă. Dar este momentul să precizez că multe dintre modalităţile clasice de lucru gestalt au stimulat ulterior dezvoltarea altor modalităţi tehnice, iar în ceea ce ne priveşte, pentru propriile elaborări, au constituit un model fertil de reconstrucţie şi de „individuare" treptată.

* *Tehnica „rămâi în starea respectivă"* constă în încurajarea clienţilor să prelungească o anumită stare (afectivă, posturală etc.) pentru a o cunoaşte mai bine şi, implicit, a găsi modalităţile de a o depăşi.

* *Tehnica scenarizării*: se referă la punerea în acţiune a unor gânduri, sentimente care n-au fost comunicate până în momentul respectiv. Deşi odată verbalizate ele conduc şi la o descărcare emoţională, exerciţiul vizează, mai ales, conştientizarea deplină a părţilor neacceptate din propria persoană.

* *Tehnica amplificării/ diminuării*. I se cere clientului să exagereze sau să diminueze până la autointerdicţie exprimarea unor trăiri emoţionale sau idei, a unei anumite mişcări sau posturi. Funcţia exerciţiului este de a cunoaşte mai bine propriile emoţii, gânduri, atitudini prin această „mărire" sau blocare conştientă, voluntară a lor.

3. Tehnici de conştientizare şi restructurare cognitivă.

* *Tehnica fanteziei ghidate*. Prin intermediul ei clientul experimentează imaginativ situaţii noi în care fie el, fie celelalte personaje joacă un rol pozitiv, dezirabil, capabil să-l „hrănească" emoţional şi să-i creeze montaje mentale pozitive care să-l ajute să facă faţă realităţii mai eficient.

* *Tehnica reconversiei gestaltiste*: i se propune clientului să reconsidere un obiect, o situație, o relație sau propria persoană din lumina a cel puțin 3 calități, după ce a precizat toate elementele negative ale acestora.

* *Tehnici de diminuare și integrare*. Pentru a diminua ancorarea în scheme fixe, rigide de gândire, simțire și acțiune, clientul este pus să-și imagineze opusul a ceea ce afirmă și simte și apoi să conștientizeze efectele acestei potențiale transformări în planul vieții proprii.

* *Tehnica metapozițiilor*: este derivată din tehnica scaunului gol și constă în experimentarea succesivă, de către client, a rolurilor altor persoane, mai întâi a celei cu care se află în conflict, apoi a celei care e martoră la discuția celor două și o evaluează, apoi rolul celei de-a treia care a văzut cum a fost evaluată discuția de către martor și așa mai departe. Experimentarea din perspective „cât mai distanțate" a conflictului permite creșterea gradului de evaluare obiectivă a acestuia și, implicit, creează premisa unei abordări mai realiste a lui în viața reală.

4. Lucrul cu visul. Dacă pentru psihanaliști visul reprezintă calea regală spre inconștient, pentru gestaltiști visul este „calea regală spre integrare" (Perls, 1969, p. 66). Visul conține părți de înțeles și de asimilat, el este o modalitate de întregire a Eului prin conștientizarea unor părți ascunse ale personalității.

În abordarea gestalt se aduce în prezent visul, fie prin implicarea imaginativă a clientului în contextul acestuia, fie prin dramatizarea lui în timpul ședinței (în contextul consilierii/ psihoterapiei de grup).

- **Psihoterapia de grup gestalt-creativă (J. Zinker) și psihoterapia experiențială unificatoare (P.E.U. – Iolanda Mitrofan) – continuitate și discontinuitate**

Atât fondatorul gestaltismului, F. Perls, cât și ceilalți psihoterapeuți gestaltiști au fost interesați atât de varianta individuală, cât și de cea de grup.

Perls lucra cu un membru al grupului, situat în centru („locul fiebinte"). Celelalte persoane din grup (10-15) aveau o conduită de observare a ceea ce se întâmpla cu protagonistul, deci erau niște beneficiari cumva indirecți ai procesului de consiliere/ psihoterapie.

James Simkin. Reconsideră acest model, creând un grup gestaltist în care toți membrii erau implicați în procesul de consiliere/ terapie iar consilierul/ terapeutul deținea controlul.

J. Zinker. A lucrat cu grupul gestalt (1976) folosind scenarii metaforice de grup, ca de exemplu: grupul este o navă spațială; grupul este un trib care sărbătorește ceva foarte important. El a îmbogățit maniera de lucru prin suportul *creativ*.

Iolanda Mitrofan. La rândul nostru, am continuat această linie metodologică, transformând-o într-o manieră personalizată, cu accent pe reconstrucția relației Ego-Sine și a dinamicilor de grup, prin metaforă și scenariu metaforic, improvizație creatoare și joc transfigurator simbolic (Iolanda Mitrofan, 2004). Astfel am creat în cadrul metodei pe care am denumit-o „psihoterapia experiențială a unificării" (P.E.U.) o serie de **scenarii simbolice** care permit improvizații dramaterapeutice unificatoare, cu punct de plecare în gestaltul creativ, cum ar fi:

„Casa" - grupul construiește simbolic o casă în care fiecare membru este un aspect sau o parte al casei, asumându-și prin dramatizare funcțiile și caracteristicile proiectate asupra acelei părți asumate.

„Chipul uman" - grupul este un chip uman, un organism, constituit din părțile care îl alcătuiesc. Conștientizează funcții, relații, roluri asumate în familie sau în comunitate, urmate de analiză, conștientizare, resemnificare, autorestructurare.

„Naufragiat într-o comunitate izolată," „Situații–limită" (de ex. un tunel în care a fost blocat un tren cu călători - membrii grupului, care se confruntă cu situația supraviețuirii), *„Salvarea habitatului sau a planetei"*, *„Legenda personală în 7 zile"*, *„Cercul magic"*, *„Fluviul"*, *„Oceanul poluat"*, *„Albă ca Zăpada și Neagră ca Smoala"*, *„Îngeri șomeri și angajatori disperați"*, *„Sabotori interiori"*, *„Demoni cu C.V."*, *„Concurs pentru angajare la Circ"* etc.

Temele dramaterapeutice unificatoare permit lucrul simbolic, analitic, unificator al polarităților și transformator, focalizat pe teme relevante pentru dinamicile de grup și personale, cum ar fi: libertate-constrângere, dependență-autonomie, atașament-abandon, solidaritate-izolare, autenticitate-inautenticitate, cooperare, competiție, conflict, agresivitate, manipulare, resurse în situații de criză, adaptare creativă vs. autodistrucție, toleranță-intoleranță etc. Efectele sunt transfiguratoare și restructurante pentru scenariile personale, familiale, transgeneraționale și colective (Iolanda Mitrofan, 2004; Iolanda Mitrofan și Cristina Denisa Stoica, 2006).

Să sintetizăm **principiile** care stau la baza proceselor de grup de tip gestalt și experiențial-unificator-restructurativ (cf. Iolanda Mitrofan, 1997, p. 226), într-o viziune complementară și asociată:

- trăirea experienței de grup și individuale în prezent, „aici și acum";
- holisticitatea abordării (consonanța și oglindirea părții în întreg și a întregului în parte, atât la nivel individual, cât și la nivelul dinamicii grupului;

- conştientizarea de grup, ce înseamnă mai mult decât suma conştientizărilor individuale la un moment dat;
- contactul autentic dintre participanţi;
- unificarea intrapsihică şi intragrupală spontană şi creativă;
- focalizarea pe experienţa trăită de către fiecare participant - „starea de observator" conştient (în Gestalt), „starea de martor" transconştient (conştienţă extinsă) în P.E.U.;
- focalizarea pe dinamica polarităţilor şi integrarea acestora, individual şi grupal (dinamica interrelaţională);
- efect de autorestructurare şi dinamizare transformatoare, echilibrantă a grupului;
- activarea resurselor personale şi interpersonale creative şi maturizante;
- efect de optimizare sau schimbare a scenariului personal de viaţă;
- folosirea experimentului de grup de către un lider care se implică dinamic şi autentic sau de către o echipă polarizată pe roluri coterapeutice catalizatoare, investite ca imagouri masculin-feminin egalitare;
- utilizarea suportului creativ complex, constructiv şi proiectiv (mişcare, postură, dans, improvizaţie creatoare melo-ritmică, plastică – desen, pictură, modelaj, construcţie creatoare colectivă şi individuală din elemente naturale – pietre, scoici, frunze, seminţe, lut etc., dramatizare, metaforă şi scenariu simbolic etc.

În grupul experienţial, atât în maniera gestalt, cât şi în cea unificatoare, foarte importantă este **coeziunea, deschiderea, experimentarea acum şi aici, principiul oglinzilor şi interconexiunilor, autenticitatea, creativitatea dinamicilor transformatoare, expresivitatea comunicării şi stimularea empatiei ca resursă colectivă – împărtăşirea experienţei.**

În plus, în grupul experienţial unificator se produce o extensie a conştienţei de sine şi o resemnificare autotransfiguratoare, care deblochează resursele creative şi adaptative, maturizarea cognitivă, afectivă şi spirituală. Terapia unificatoare utilizează nivelul de operare transconştient facilitat de meditaţia creatoare, specifică acestei noi terapii, înrădăcinată însă, în bună măsură, şi în principiile teoretice gestalt. Cu cât grupul este mai coeziv, cu atât membrii grupului se implică mai sincer şi mai profund în ceea ce se întâmplă în timpul şedinţelor.

Tehnicile şi procedurile utilizate în grupurile gestalt şi în cele unificatoare sunt aceleaşi cu cele folosite în consilierea/ psihoterapia individuală. Evident, ele sunt adaptate contextului de grup. În plus, ***grupul permite utilizarea unei serii de exerciţii deblocante şi unificatoare bazate pe mişcare.***

Lucrul cu grupul, prin facilitarea unor interacţiuni autentice între membrii acestuia sau între terapeut şi client, poate fi o poartă pe care, intrând, indivizii să avanseze către autenticitate şi dezvoltare personală. Grupul gestalt-creativ a inspirat şi facilitat în cea mai mare măsură grupul experienţial unificator de dezvoltare personală, ca şi elaborarea terapiei unificării, în special prin unele modalităţi tehnice care au permis dezvoltări şi transformări ulterioare benefice terapeutic.

Concluzii

- Meritul principal al abordării gestaltiste este accentul pus pe ideea de „holism": persoana normală, sănătoasă din punct de vedere fizic şi psihic este un întreg, o unitate a fizicului şi psihicului. Ea se adaptează continuu şi creativ influenţelor mediului.

- Procesul de consiliere/ psihoterapie este centrat *aici şi acum*, pe ceea ce simte, gândeşte, acţionează clientul în prezent. Trecutul nu este interpretat, ca în orientarea psihodinamică, ci este adus şi reconstituit în prezent. Ceea ce este nerezolvat şi „deschis" în trecut („afaceri nefinalizate") este transpus în prezent şi retrăit „aici şi acum" pentru a se închide şi vindeca.

- Când spunem gestaltism, implicit ne gândim la integrarea polarităţilor.

- Abordarea gestaltistă aduce în atenţie o dimensiune fundamentală a omului – **creativitatea**, căci, în efortul persoanei spre maturizare, creativitatea este „calea regală".

- Deşi în această abordare se folosesc o varietate de tehnici şi proceduri, procesul de consiliere/ psihoterapie gestaltist nu trebuie considerat o sumă de tehnici. Ca şi în celelalte abordări experienţiale, atitudinea consilierului faţă de client şi maturitatea lui contează mai mult decât abilităţile lui tehnice.

- Terapia experienţială unificatoare, ca o nouă contribuţie în peisajul ştiinţific românesc şi internaţional, adaptează, dezvoltă, redimensionează şi diversifică tehnic şi metodologic terapia gestalt, îmbogăţind-o cu o dimensiune meditativ-creativă specifică, spirituală şi transpersonală.

4. Abordarea tranzacţională. Concepţia lui E. Berne asupra personalităţii umane

Analiza tranzacţională este atât o teorie asupra personalităţii umane, cât şi un sistem de consiliere/ psihoterapie. Îşi are originea în lucrările lui E. Berne şi este continuată şi dezvoltată de Th. Haris, J.M. Dusay şi K.M. Dusay.

Teoria asupra personalităţii se bazează pe o serie de **concepte**:

- stările Eului, egograme, scenarii de viaţă;
- întăriri comportamentale, tranzacţii psihologice, jocuri psihologice;
- modalităţi de stucturare a timpului.

Stările Eului. În fiecare individ există 3 stadii ale Eului, active, dinamice şi observabile: stadiul Eului Copil, al Eului Adult şi al Eului Părinte. Fiecare stadiu reprezintă o modalitate specifică de a gândi, simţi şi acţiona.

Stadiul Eului Copil: este structurat conform pattern-urilor din copilărie şi este divizat în Copil Liber şi Copil Adaptat. Copilul Liber este caracterizat prin spontaneitate, impulsivitate, libertate, curiozitate şi creativitate. Stadiul de Copil Adaptat înseamnă conformism şi complezenţă.

Stadiul Eului Adult reprezintă o instanţă obiectivă, logică, realistă, neafectivă.

Stadiul Eului Părinte implică introiectarea normelor, regulilor morale, atitudinilor şi credinţelor de la proprii părinţi sau de la alte figuri parentale. Este divizat în Părinte Critic şi Părinte Afectuos, Hrănitor. Părintele Critic este starea Eului caracterizată prin criticism şi autoritate, iar Părintele Afectuos presupune grijă şi empatie faţă de ceilalţi.

În cazul personalităţilor normale stările Eului sunt distincte.

Egograma este reprezentare grafică a cantităţii de energie pe care o conţine starea Eului. Persoanele au egograme specifice datorită energiei de care dispun precum şi modalităţii de distribuţie a acesteia între cele 5 stări ale Eului. Atunci când energia unui sistem creşte, ea se realizează pe baza scăderii intensităţii celorlalte stări, căci cantitatea de energie a individului rămâne constantă.

Personalitatea sănătoasă presupune o dezvoltare armonioasă şi distinctă a tuturor stărilor Eului. Disfuncţiile personalităţii pot fi datorate atât unor structuri patologice ale stadiilor Eului (putem avea un amestec al stadiilor Eului, ca în cazul tulburărilor delirante; o dominanţă a unei singure stări a Eului sau o excludere a uneia sau a două stări), cât şi unei funcţionări defectuoase, cu o trecere rapidă de la o stare a Eului la alta.

Scenariul de viaţă: se structurează încă de timpuriu, în urma interacţiunilor cu părinţii sau cu alte persoane, şi reprezintă o modalitate de a structura realitatea prin atribuirea de roluri, atât sieşi, cât şi celorlalţi. Doru

Buzducea (1997, p. 149), citându-l pe Th. Harris, distinge 4 scenarii existențiale:

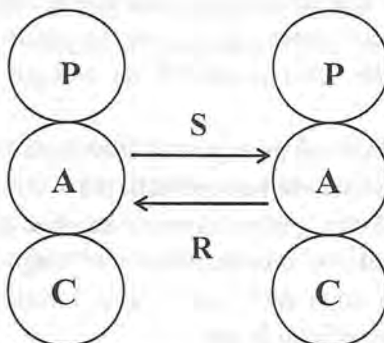
1. Eu sunt O.K. - Tu ești O. K.
Este un scenariu sănătos de viață. Se întâlnește la oamenii care au avut o copilărie normală, fericită.
2. Eu sunt O. K. - Tu nu ești O.K.
Scenariu paranoid de raportare la realitate. Se întâlnește la persoanele care au fost tratate în copilăria timpurie cu indiferență și ironie.
3. Eu nu sunt O. K. - Tu ești O. K.
Este un scenariu „depresiv" de viață care se formează la cei cărora nu li s-au îndeplinit nevoile fundamentale în copilărie.
4. Eu nu sunt O.K. - Tu nu ești O.K.
Este un scenariu de inutilitate. De obicei se întâlnește la persoanele care au fost tratate în timpul copilăriei cu brutalitate. Este specific psihoticilor.

Întăririle comportamentale. Fiecare stadiu al Eului are nevoie de întăriri (*stroke*) pentru a se fixa. Întăririle pot fi pozitive (laudă, aprobare) sau negative (critică, dezaprobare). Întăririle pozitive sunt superioare, iar întăririle negative sunt de preferat lipsei întăririlor.

Tranzacțiile: unități de comunicare interpersonală, stimulări și răspunsuri între stadiile Eului aparținând a două persoane. Când doi oameni comunică, tranzacționează cele 6 stări ale Eului. Tranzacțiile pot fi:

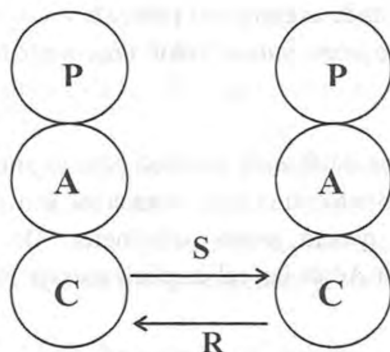
* Complementare: vectorii tranzacționali sunt paraleli. Răspunsul vine de la stadiul Eului căruia i-a fost adresată întrebarea și se întoarce către stadiul care a trimis stimulul. Comunicarea, în cazul tranzacțiilor complementare, poate continua mult timp.

Ex 1:



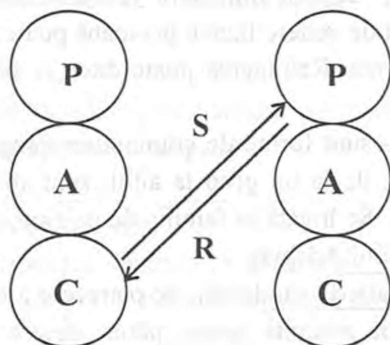
Corina (Eul Adult): De unde ai cumpărat pâinea?
Dan (Eul Adult): De la alimentara din colț.

Ex. 2:



Viorica (Eul Copil): Mi-e aşa o lene. Adu-mi tu, te rog, cana cu apă!
Cornel (Eul Copil): Răsfăţato!

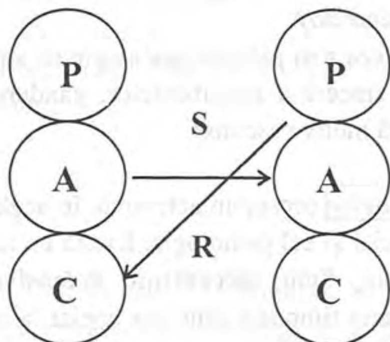
Ex.3:



Alexandra (Eul Copil): Mi-am pierdut cerceii! Ce mă fac?!
Florin (Eul Părinte): Stai liniştită. Îţi voi cumpăra eu alţii!

* Încrucişate - răspunsul nu mai vine de la starea Eului care a primit mesajul şi se adresează unei stări a Eului, alta decât cea care a trimis stimulul.

Ex. 4:



Costel (Eul Adult): De unde ai cumpărat pâinea?
Elena (Eul Părinte): De unde puteai foarte bine s-o cumperi tu când ai venit acasă!

* Ulterioare - se desfăşoară pe două planuri simultane: unul explicit şi unul ascuns, implicit. Sunt comunicate nonverbal sau prin mijloacele verbale extralingvistice şi pot genera jocuri psihologice. De regulă planul deschis presupune mesaje Adult-Adult iar cel implicit mesaje Părinte-Copil sau Copil-Părinte.

Modalităţi de structurare a timpului. Pot fi considerate strategii de supravieţuire. E. Berne elaborează o tipologie în care introduce **6 modele** de structurare a timpului:

a) Retragerea - ieşirea din sfera relaţiilor interumane prin reverii, fantasme etc. Din punct de vedere fizic o persoană poate aparţine unui grup dar, mental, să nu fie prezentă. Retragerea poate duce la singurătate, depresie sau chiar autism.

b) Ritualurile - sunt forme de comunicare programate cultural, diferă de la o regiune la alta, de la un grup la altul, sunt simple sau complexe, de scurtă sau lungă durată. Se învaţă în familia de origine, aparţin Eului Părinte şi sunt îndeplinite de Copilul Adaptat.

c) Discuţii tematice - modalităţi de petrecere a timpului într-un anumit grup în care se schimbă anumite opinii, păreri despre diverse subiecte. Sunt conduse de către Eul Părinte sau Eul Copil.

d) Activităţile - presupun existenţa unor obiective şi consumul fizic şi intelectual necesar pentru atingerea lor. Sunt conduse de către Eul Adult.

e) Jocurile - se realizează în timpul comunicării desfăşurate pe două nivele: social şi psihologic; sunt reactivări ale strategiilor folosite în timpul copilăriei; sunt determinate de scenariul existenţial al persoanei şi relaţionările interumane. Fiecare persoană are un repertoriu de jocuri. Jocurile nu rezolvă problemele, ci doar le generează.

f) Intimitatea - cea mai plăcută modalitate de structurare a timpului, ce presupune exprimarea sinceră a sentimentelor, gândurilor, dorinţelor. Este o comunicare sinceră, fără motive ascunse.

Jocurile psihologice presupun activarea, în acelaşi timp, a două nivele ale comunicării: cel social şi cel psihologic. Există un mesaj deschis, social, şi unul ascuns, psihologic. Sunt **mecanisme defensive** construite pe baza experienţelor din copilăria timpurie când s-a apelat la acestea pentru a obţine recunoaşterea. Oamenii joacă întotdeauna unul dintre **cele trei roluri**:

1. rolul de persecutor: ceilalţi nu sunt O.K., deci nu îi valorizez;
2. rolul de salvator: ceilalţi nu sunt O.K., deci le ofer sprijin;
3. rolul de victimă: eu nu sunt O.K., deci sunt un înfrânt.

Pe parcursul vieţii victima va căuta un persecutor care s-o înfrângă şi un salvator care să o ajute să-i confirme neputinţa. Aceste trei roluri funcţionează în relaţie de interdependenţă şi sunt interşanjabile. Ieşirea din această triadă nevrotică înseamnă conştientizarea jocurilor şi înlocuirea lor cu o comunicare autentică.

Jocurile psihologice, împreună cu aceste 3 roluri, stau la baza disfuncţiilor comunicării, a apariţiei conflictelor şi chiar a tulburărilor de tip nevrotic.

• Procesul de consiliere/ psihoterapie bazat pe analiza tranzacţională

Acest model de consiliere se bazează pe teoria personalităţii umane descrisă anterior şi are următoarele **scopuri**:

- modificarea scenariilor de viaţă;
- evidenţierea şi întreruperea jocurilor psihologice;
- echilibrarea egogramelor prin transfer energetic de la cele mai puternice la cele mai slabe.

Modelul de consiliere poate fi aplicat atât individual, cât şi în grup.

Metodele şi procedeele utilizate în analiza tranzacţională (conform D. Buzducea, 1997, p. 157) sunt:

- *regresia de vârstă* - pentru înţelegerea Eului de Copil al clientului;
- *analiza jocurilor psihologice* - se decodifică mesajele ascunse din cadrul relaţionărilor cu alte persoane;
- *jocul de rol*;
- realizarea unor *activităţi care să dezvolte caracteristicile stadiilor Eului slab dezvoltat.*

5. Psihodrama clasică

Fondatorul psihodramei este J.L. Moreno. El fundamentează această abordare pornind de la extraordinara intuiţie a valenţelor terapeutice ale teatrului.

Psihodrama este un model de consiliere/ psihoterapie de grup în care, cu ajutorul jocului de rol, sunt explorate atât conținuturile vieții psihice, cât și comportamentul persoanei în diferite situații problematice.

Există două concepte cheie ale psihodramei care o individualizează pe aceasta de celelalte abordări de grup: spontaneitatea și întâlnirea.

Spontaneitatea reprezintă adaptarea promptă atât la nevoile interioare, cât și la cerințele realității. Ea poate fi indusă prin crearea unui cadru optim, de încredere în sine și în alții. Spontaneitatea este strâns legată de creativitate, în sensul că energia eliberată de persoană prin intermediul spontaneității poate deveni fundamentul actului de creație. Creativitatea este legată de genotip, ea nu poate fi influențată. Astfel, două persoane în aceeași stare de spontaneitate pot să nu fie la fel de creative.

Întâlnirea. „Într-o întâlnire cele două persoane sunt prezente în spațiu cu toate forțele, slăbiciunile și defectele lor, doi actori umani care se vor înfierbânta de spontaneitate, doar în parte conștienți de scopurile lor reciproce" (G. Boria, 1996, p. 31). Esența întâlnirii moreniene constă în autenticitatea relației dintre persoane.

Modalitățile de desfășurare a psihodramei creează premisele spontaneității persoanelor și întâlnirii autentice între oameni. Psihodrama se bazează pe „jocul scenic, prin care individul interpretează diverse roluri sociale, reale sau imaginare, ceea ce permite exprimarea liberă și spontană a cauzelor care au dus la dereglarea lui psihică și socială" (P. Golu, 1974, p. 366). Pentru Moreno jocul de rol nu are numai funcție diagnostică, ci și una ameliorativă, terapeutică, crescând capacitatea de adaptare optimă a persoanei la solicitările mediului din care face parte.

Ședința de psihodramă moreniană are trei momente:

- **încălzirea;**
- **reprezentarea scenică;**
- **discuția finală.**

Încălzirea se realizează prin exerciții și discuții și se creează o ambianță de spontaneitate. În reprezentarea scenică protagonistul (o persoană din grup), cu ajutorul Eului auxiliar și al auditoriului, pune în scenă o întâmplare din viața lui sau una imaginată de el. La discuția finală fiecare dintre cei prezenți comunică protagonistului ce emoții a trăit și cu ce imagini au fost asociate acestea. La discuția finală participă întreg auditoriul.

Rolurile din psihodramă sunt bine delimitate. Astfel avem:

- protagonistul;
- Eul auxiliar;
- conducătorul grupului;
- auditoriul.

Protagonistul - este acela care, cu ajutorul Eurilor auxiliare, al conducătorului şi auditoriului şi prin intermediul jocului de rol îşi explorează interioritatea psihică.

Eul auxiliar - este ales de protagonist pentru a juca un rol în reprezentarea scenică.

Conducătorul - consilierul/ terapeutul, el este „regizorul" reprezentaţiei şi analistul materialului ce apare pe parcurs.

Auditoriul - ceilalţi membri ai grupului care nu sunt implicaţi direct în reprezentaţie.

În psihodramă sunt utilizate o serie de **tehnici psihodramatice**, care ulterior au fost preluate şi adaptate şi de alte orientări de consiliere/ psihoterapie:

1) inversiunea de rol - o persoană joacă rolul alteia cu care, de obicei, interacţionează în viaţa de zi cu zi;

2) dublul - o persoană care se identifică cu protagonistul şi exprimă ceea ce acesta nu reuşeşte;

3) oglinda - protagonistul priveşte o scenă în care el este „jucat" de un Alter Ego; privindu-se în „oglindă", el poate descoperi aspecte necunoscute despre sine.

Psihodrama reprezintă o modalitate de exprimare a conflictelor interpersonale, o modalitate de cunoaştere a vieţii psihice, precum şi „mijloc de perfecţionare personală" (V. Badea, 1997, p. 280). Ea se poate utiliza în combinaţie cu alte metode de consiliere/ psihoterapie sau ca sistem de consiliere/ psihoterapie de sine stătător.

- **Procesul de consiliere/ psihoterapie bazat pe jocul dramatic**

Jocul dramatic se poate utiliza atât în consilierea/ psihoterapia individuală, cât şi în cea de grup. Poate fi folosit ca o modaliate centrală de abordare a problemelor clientului (şi aici avem de a face cu psihodrama) sau ca adjuvant al altora, într-o abordare eclectică.

Jocul de rol îl implică pe individ ca un tot: cognitiv, afectiv şi comportamental (Irina Holdevici, 1996, p. 165). Jucând un anumit rol, persoana poate afla mai multe despre sine şi, în acelaşi timp, ea poate învăţa modalităţi de relaţionare adecvată şi eficientă.

Jocul de rol poate produce modificări în sfera personalităţii. Cum se explică aceasta? Comportamentul unei persoane reflectă şi imaginea de sine a ei. Modificând imaginea de sine apar schimbări în sfera comportamentală. De asemenea, însuşirea

unor schimbări comportamentale produce ajustarea imaginii de sine în conformitate cu noua situație.

„Comportamentul care nu corespunde cu modul de a fi, cu ceea ce crede despre sine persoana, va fi explicat, încorporat, devenind un nou element al concepției față de sine, care la rândul său va afecta comportamentul" (Irina Holdevici, 1996, p. 167).

În concluzie, consilierea/ psihoterapia prin joc dramatic nu trebuie considerată numai o modalitate de a achiziționa noi deprinderi și comportamente. Ea are efecte mai profunde asupra personalității, astfel că modelul comportamental asimilat antrenează modificări emoționale și intelectuale.

B. Tehnici sugestive și de meditație creatoare

Tehnicile sugestive, în special cele de relaxare, intră în sfera metodelor de autoreglare și chiar de autoprogramare psihică, dar sunt folosite **variabil** de majoritatea orientărilor și metodelor terapeutice, inclusiv comportamental-cognitivă și psihodinamică (vezi hipnoanaliza), cele umaniste (experiențiale și holiste) incluzându-le după necesități în demersul procesului terapeutic.

Abordările holiste au o predilecție specială pentru utilizarea meditației creatoare și a tehnicilor de integrare psihosomatică, cu suport sugestiv, precum și a unor modalități hipnoterapeutice, clasice sau ericksoniene (bazate în mai mare măsură pe metaforă).

Majoritatea lor pornesc de la unitatea și conexiunea funcțională dintre planul psihic și cel somatic. Orice stare de tensiune psihică va avea o componentă somatică, la fel cum orice destindere musculară va fi urmată de efecte de relaxare pe plan psihic. Am optat pentru prezentarea tehnicilor de relaxare așa cum apar ele sistematizate și comentate în lucrarea lui **Cătălin Nedelcea și Paula Dumitru „Optimizarea comportamentului profesional. Între educație și psihoterapie"** (Editura SPER, 1999, p. 134-144), din care vom prelua în continuare unele pasaje semnificative.

„Multe sisteme și tehnici de relaxare își au originea în practicile meditative orientale de tip yoga sau în practica hipnozei terapeutice. Majoritatea sistemelor clasice de relaxare pornesc de la această asemănare cu hipnoza și utilizează tehnici de tip inductiv. De exemplu, Schultz, practicând hipnoza fracționată, a observat apariția anumitor senzații corporale la pacienții cu care lucra și pe care aceștia le relatau la ieșirea din transă. Este vorba despre

senzațiile de căldură și greutate, pe care le-a integrat în trainingul autogen, unde demersul este invers: se sugerează apariția respectivelor senzații pentru a obține prin aceasta o stare de tip hipnotic. Nu toți psihologii sunt de acord însă cu faptul că trainingul autogen intră în aria sistemelor de relaxare de tip hipnotic, însă, în general, adepții hipnozei terapeutice tradiționale consideră starea de relaxare ca tranzitorie către transa hipnotică.

Până în acest moment reținem că termenul de *relaxare* poate denumi fie **starea**, fie **tehnica**, mijlocul de obținere a stării. **Starea de relaxare** intră în sfera stărilor modificate de conștiință, după unii autori ea fiind mai aproape de starea de veghe, iar după alții mai aproape de cea hipnotică. Instalarea sa este acompaniată de apariția unor modificări fiziologice și senzoriale: scăderea ritmului cardiac și respirator, relaxarea musculară, senzații de greutate și căldură în corp și membre, precum și a unora psihologice: starea de calm și bine subiectiv, diminuarea tensiunilor interioare, a anxietății, potențarea capacităților imaginative și asociative etc.

Relaxarea reprezintă prin sine o experiență pozitivă, plăcută și sanogenă pentru persoană, iar practica ei regulată are pe termen lung efecte de ameliorare și optimizare a stării psihice generale, a tonusului și dispoziției afective a individului, a stării de sănătate psihică și somatică sau chiar dispariția unor simptome precizate. Ea se asociază cu creșterea încrederii în sine, o imagine pozitivă despre propria persoană și diminuarea experiențelor afective negative. Prin posibilitatea de a fi practicată relativ ușor aproape de orice persoană interesată și în condițiile în care această practică este constantă, relaxarea devine un important mijloc de autoreglare, deloc de neglijat în condițiile stresului inerent vieții acestui sfârșit de mileniu. Există deci două aplicații sau **finalități** majore ale practicării tehnicilor de relaxare: *terapeutică* și de *autoreglare*" (op. cit., p. 134-135).

Utilizarea unor tehnici de relaxare răspunde unor necesități de optimizare personală, de destresare. Persoanele cu risc crescut de suprasolicitare, cu activități de conducere sau cu răspunderi decizionale deosebite, chirurgii și medicii care asistă persoane aflate în iminența morții sau cu boli incurabile, piloții, persoanele din serviciile secrete sau de poliție, cele care asigură paza și reeducarea celor din penitenciar efectuează munci cu valențe extrem de stresante, iar practica relaxării poate face ca acest stres să scadă în timp sau chiar să dispară. Să nu uităm că reacția la stres este holistică, a organismului ca întreg, și că stresul poate fi cauza multor boli (cele denumite în limbajul curent prin sintagma „pe fond nervos" sau tulburări nevrotice). **Reacția la stres** este de asemenea personală, individualizată, ea depinzând în mare măsură de modul în care individul percepe o situație, cu toate că există și stresori generali, cum ar fi poluarea, zgomotul sau evenimentele de tip traumatic.

Reacţia la stres urmează modelul *sindromului general de adaptare* descris de H. Selye şi are 3 faze: de alarmă – prima confruntare cu situaţia şi declanşarea procesului de căutare a soluţiilor; de rezistenţă – poate fi uneori foarte lungă (mai mulţi ani), în care persoana şi-a elaborat o strategie de a face faţă stresului, dar care funcţionează cu consum energetic şi substanţial; de epuizare – echivalentă cu apariţia bolii, a nevrozei, iar în cazurile de experiment de laborator pe şobolani, chiar a morţii.

Tehnicile de relaxare sunt utilizate nu doar în prevenţia şi reducerea reacţiilor la stres, ci şi în tratarea anumitor afecţiuni, psihice şi psihosomatice. Indicaţia de elecţie este tulburarea anxioasă.

În psihoterapia experienţială se utilizează de obicei tehnici de *relaxare dinamică, activă,* care se aplică pe fondul stării de veghe, precum şi *tehnici de tip meditativ,* în care accentul este pus pe focalizarea succesivă a atenţiei asupra a diferite aspecte, până la focalizarea pe un singur element. Un argument pentru valoarea adaptativă a practicării meditaţiei ar putea fi, dincolo de întreaga istorie a disciplinelor orientale, tendinţa relativ recentă din S.U.A. de a utiliza meditaţia ca mijloc terapeutic asociat celorlalte intervenţii medicale şi aplicabil în aproape toate tipurile de afecţiuni (idem op. cit., 1999, p. 135).

Literatura descrie o gamă variată de **metode de relaxare**. Irina Holdevici (1995) prezintă două **clasificări** ale acestor metode:

- Clasificarea lui E. de Winter (1963), care utilizează 2 criterii:

  a. criteriul raţional, după care desprindem între metode ştiinţifice, psihologice, medicale şi metode empirice, extramedicale;

  b. criteriul conceptual, rezultând metode: analitice (Jacobson), sintetice (Schultz) şi eclectice (antrenamentul psihoton).
- Stovskis şi Wiesenhuter (1963), care desprind:

  a. metode active, în care subiectul are un rol important;

  b. metode pasive, în care accentul cade pe terapeut (de tip hipnotic).

Aceeaşi autoare face o trecere în revistă a **sistemelor de relaxare** de largă circulaţie:

- Relaxarea analitică – Jacobson

Starea de relaxare este definită ca absenţă a oricărei contracturi musculare. Tehnica presupune parcurgerea unor faze succesive, de la relaxarea musculară la cea psihică. Subiectul face exerciţii de conştientizare a tensiunii musculare, exerciţii de contractură a diferitelor grupe musculare, de relaxare diferenţiată pe grupe de muşchi, de conştientizare a tensiunilor musculare reziduale produse de stările afective. Finalitatea este ca subiectul să-şi controleze tonusul muscular, să se relaxeze, să-şi controleze practic propriile stări emoţionale.

• Antrenamentul autogen – Schultz

Probabil cel mai răspândit sistem de relaxare, cuprinde exerciții organizate în 2 cicluri, menite a produce subiectului o serie de senzații de destindere, greutate în corp şi membre, căldură în corp şi pleoape, răcirea frunții (în primul ciclu) şi de calmare şi control al respirației şi ritmului cardiac (în cel de-al doilea). Cel de-al doilea ciclu al antrenamentului autogen poate fi practicat numai sub îndrumarea unui specialist atestat în această metodă.

• Antrenamentul psihofiziologic – Ajuriaguera

Este o metodă clinică derivată din antrenamentul autogen, care porneşte de la premisa că orice emoție se traduce în modificări de tonus muscular. Importante sunt controlul musculaturii striate şi aprofundarea relațiilor interpersonale medic-pacient.

• Hipnoza activă în trepte – Kretschmer

Utilizată mai ales în clinica de psihiatrie, vizează abordarea inconştientului profund al pacientului. Se procedează în paşi: 1. inducerea relaxării prin sugestii de căldură şi greutate; 2. inducerea hipnozei prin tehnica fixării privirii; 3. aplicarea terapeutică a hipnozei; 4. lichidarea relației terapeut-pacient şi practicarea individuală a relaxării de către pacient.

• Reglarea activă a tonusului – Stovskis

În cadrul acestei metode subiectul este solicitat să coopereze la ameliorarea senzațiilor sale, prin autoeducație voluntară. Relația cu acesta este mai degrabă contractuală.

• Relaxarea dinamică de tip sofrologic – Caycedo

Sofrologia este o disciplină ce studiază modificarea stărilor de conştiență, indiferent de sursa acestora.

Autorul a încercat o sinteză între relaxare, hipnoza medicală şi practicile de tip oriental, propunând un sistem ce cuprinde exerciții de respirație, mişcări simple, exerciții de relaxare musculară, focalizarea atenției asupra funcțiilor organismului.

• Pedagogia relaxării – G. Alexander
• Tensiunea dinamică – Atlas
• Antrenamentul de conştientizare senzorială – Gindler
• Relaxarea funcțională – Fuchs
• Tehnica mişcărilor pasive – Michaux
• Tehnica răspunsurilor „relaxate" – Benson

După cum se poate observa din cele de mai sus, peisajul tehnicilor de relaxare este extrem de variat în practica psihologică.

Propunem mai jos câteva exemple de exerciții de relaxare relativ simple, care după o perioadă scurtă de exersare pot fi utilizate fără ajutorul unui trainer.

1. Relaxarea bazată pe destinderea musculară

Acest tip de exercițiu are o componentă sugestivă, starea de relaxare fiind obținută prin sugerarea destinderii musculare. **Cătălin Nedelcea** concepe și prezintă în cartea sa, scrisă în colaborare cu Paula Dumitru (1999, p. 137-141) o serie de **exerciții orginale**, pe care le prezentăm în continuare, ca **posibile exemplificări de tehnici sugestive**, implementate de autor în activitatea de dezvoltare personală cu grupuri de dezvoltare personală în manieră experiențială. El le-a testat validitatea în activitatea sa practică, ceea ce ne determină să le repunem în atenția cititorului interesat. „Maniera de a sugera aceste senzații începând de la picioare, continuând cu brațele, trunchiul și capul ne este proprie, iar eliminarea disconfortului, a tensiunii prin imaginarea membrelor ca niște tuburi elastice prin care acestea se scurg și ies din corp este o valorificare a unei idei aparținând unui fost coleg de facultate", mărturisește autorul. Am ales acest exercițiu datorită bunelor rezultate obținute cu el, atât în lucrul personal, cât și în lucrul cu alte persoane.

Instructaj - subiectul stă așezat într-o poziție comodă, cu ochii închiși.

Am să te rog să fi atent ce anume se întâmplă cu tine în aceste momente, fi atent la senzațiile pe care le simți în corp, la punctele de contact cu exteriorul și la relațiile pe care le stabilești cu exteriorul.

Acum poți fi atent la ceea ce se întâmplă în jur, la toate sunetele pe care le auzi, mirosuri, atingeri și vei constata că, pe măsură ce te preocupi de ele, acestea vor deveni tot mai estompate, mai puțin importante, mai îndepărtate, dar fără a dispărea complet, astfel încât poți fi atent numai la tine, la ceea ce simți. Dacă poziția în care stai nu este cea mai bună, schimb-o, astfel încât să te poți simți atât de bine cât dorești.

Îți lași picioarele să se destindă, să se relaxeze, mușchi cu mușchi, începând de la șolduri și până în vârful degetelor, le relaxezi tot mai mult și-ți imaginezi că acestea sunt ca niște tuburi elastice, prin care disconfortul, oboseala, tensiunea din corpul tău se scurg și ies afară, le poți simți cum curg, ies și se pierd, te simți tot mai calm, mai bine și mai relaxat.

Îți îndrepți acum atenția asupra mâinilor tale și le lași să se destindă, atât cât vrei, destinzi fiecare mușchi și articulație, începând de la umăr și până în vârful degetelor. Îți imaginezi că și mâinile sunt ca două tuburi elastice, moi, prin care ultimele rămășițe de tensiune din corpul tău curg, ies afară prin zona degetelor și se pierd, simți cum te relaxezi, atât de mult cât dorești.

Corpul tău este și el destins acum, e liniștit și calm. Destinzi corpul tot mai mult, așa încât să te simți atât de bine cât vrei. Destinzi spatele, fiecare mușchi, apoi abdomenul și toracele, după care îți îndrepți atenția asupra gâtului. Relaxezi toți mușchii gâtului, îi lași moi și liniștiți, să se odihnească după oboseala pe care au acumulat-o, astfel încât să se simtă foarte bine.

Relaxezi acum capul, începând din creştet; dacă în capul tău mai există încă tensiune sau disconfort le laşi să coboare uşor, să curgă, pentru a le da afară prin cele două tuburi moi ale mâinilor.

Acum corpul tău este în întregime relaxat, te simţi bine, calm şi armonios. Poţi alege să te destinzi şi mai mult sau să rămâi în starea în care te afli, aşa cum vrei. Rămâi câteva minute în această stare, te simţi bine, te odihneşti, eşti calm şi armonios.

După 4-5 minute: *Conştientizezi acum toate modificările care au apărut în corpul şi în starea ta pe parcursul acestui exerciţiu, după care începi să-ţi îndrepţi din nou atenţia asupra a ceea ce se întâmplă în jurul tău, ceea ce te face să fii din nou atent la tine, la corpul tău care se simte bine şi odihnit, eşti pe deplin conştient de corpul tău.*

Începi acum să revii uşor din starea de relaxare, simţi cum tonusul tău creşte tot mai mult, ca şi dorinţa de a te mişca, de a fi activ. Revii uşor la starea ta firească, te simţi bine şi odihnit. În momentul în care simţi că este necesar, deschizi ochii, te mişti, te întinzi şi-ţi dezmorţeşti corpul, aşa încât orice urmă a relaxării să dispară, după care îţi poţi relua liniştit locul şi activitatea.

2. Relaxarea prin conştientizarea tensiunilor fizice

Instructaj 1 – se cere subiectului(ţilor) să se aşeze într-o poziţie comodă, relaxată şi să facă tot ce consideră necesar pentru a se simţi cât mai bine în această poziţie: slăbirea curelei, a şireturilor, apelul la o pernă sau chiar modificarea poziţiei.

Poţi închide ochii acum. Lasă-ţi muşchii să se destindă, relaxează întreg corpul şi verifică încă odată dacă poziţia în care stai este cea mai comodă. Îţi îndrepţi atenţia uşor, fără a te grăbi, asupra a ceea ce simţi. Explorează cu atenţie toate zonele corpului tău fără a pierde vreuna din vedere şi sesizează dacă mai există zone, locuri unde simţi tensiune sau disconfort, poate le-ai găsit sau poate mai ai nevoie să cauţi. Dacă în corpul tău nu există nicio zonă tensionată, caută acea zonă care este cel mai puţin relaxată.

Analizează cu atenţie senzaţiile pe care le ai în acea parte a corpului, explorează-le şi află ce simţi în legătură cu ele, ce stare psihică îţi produc. Este posibil să simţi unele emoţii sau prin minte să-ţi treacă unele gânduri, continuă să-ţi explorezi acea parte a corpului care este tensionată sau mai puţin relaxată şi conştientizează ce stare experimentezi.

Amplifică uşor această stare, astfel încât ea să devină mai clară, mai bine sesizabilă. Amplific-o şi mai mult, fă-o să devină cât de puternică poţi. Acum poţi s-o explorezi şi mai bine, ia cunoştinţă de ceea ce trăieşti, află ce înseamnă pentru tine, caută să afli mai mult despre această stare.

Află acum ce poți face ca această stare să scadă în intensitate și chiar să dispară definitiv, poate îți va fi de folos ceea ce ai făcut pentru a o amplifica sau poate ai nevoie de altceva, poate vei acționa dinspre fizic spre psihic sau invers, este bine oricum ai proceda. Află cum anume poți face ca această stare să dispară definitiv, poate ai făcut-o deja sau poate mai durează puțin. (Eventual se poate solicita subiectului un semnal ideomotor la finalizarea acestei activități).

Orice urmă de tensiune a dispărut din corpul tău, te simți bine, perfect relaxat și liniștit. Rămâi o vreme în starea aceasta.

După 4-5 minute: *Acum poți începe să-ți revii ușor din relaxare, ești odihnit și calm, revii ușor la starea ta firească, te simți tot mai activ, când dorești poți deschide ochii, te poți mișca, te întinzi, te dezmorțești, te simți bine.*

Această tehnică necesită o precizare. În mod uzual prezența unor zone tensionate pe plan fizic, muscular, în condițiile relaxării (subiectul trebuie să caute o poziție relaxantă, să se așeze în ea, să facă ceea ce crede că e necesar pentru a-și asigura un maxim de confort, apoi să-și destindă toți mușchii) indică prezența unor stări afective negative de tip rezidual, persistente chiar și în situațiile în care persoana se simte confortabil. Acestea sunt legate la rândul lor de problemele sau conflictele intrapsihice bazale ale persoanei. Tehnica a fost astfel concepută încât, prin analiză ulterioară împreună cu trainerul, aceste probleme să poată fi developate (dacă e cazul) și eventual să se lucreze cu persoana asupra lor, căpătând astfel o reală valoare diagnostică. Este evident că vor fi excluse tensiunile provocate de cauze fizice, de exemplu o durere produsă de o arsură. Însă, chiar unele disconforturi aparent somatice, dureri sau tensiuni în zona stomacului, dureri de cap, probleme legate de ritmul cardiac și respirator pot fi indicatori ai acestor conflicte interioare ale persoanei. Din aceste considerente facem recomandarea ca această tehnică să fie învățată (2-3 exersări) împreună cu un psihoterapeut avizat, după care subiectul o poate practica cu ușurință singur.

Instructaj 2 - un exercițiu bazat pe fenomenul de contrast.

Subiectul este așezat pe scaun, cu ochii deschiși.

O să experimentezi acum starea de tensiune, de încordare, strânge puternic pumnul drept, ține-l așa câteva secunde și vezi ce se întâmplă: respirația ta poate suferi unele modificări, la fel și bătăile inimii, iar dacă strângi și mai tare mâna va începe să te doară. Desfaci brusc pumnul și respiri puternic, sesizezi cum se simte acum mâna ta dreaptă.

Acum poți încerca să încordezi puternic întreg brațul drept, tot mai tare, menții câteva secunde și destinzi brusc expirând puternic. Reiei exercițiul cu ambele brațe, strângi tare, încordezi până la limita durerii și destinzi brusc.

În exercițiu sunt cuprinse pe rând picioarele, trunchiul, capul. În momentul în care se lucrează cu tot corpul, exercițiul se repetă de 2-3 ori.

Sesizează acum cum se simte corpul tău. Te întinzi ușor, stai liniștit 2-3 minute, iar apoi îți poți relua activitatea.

Este foarte probabil ca eliberarea bruscă de o stare de tensiune puternică să determine o destindere, o relaxare similară. Acesta este principiul pe care se bazează acest exercițiu, exprimat sumar. Esența sa constă în aceea că subiectul își produce în mod voluntar o stare de tensiune musculară puternică, după care se destinde brusc, iar relaxarea apărută consecutiv încordării voluntare va cuprinde și acele zone ale corpului involuntar tensionate la subiect, precum și o parte a psihicului acestuia. După câteva repetiții se va instala o stare de relaxare suficient de amplă, probabil și datorită apariției unei oboseli minimale.

După cum se poate observa, tehnica este deosebit de simplă, lecturarea atentă a instructajului fiind suficientă pentru punerea sa în practică de către orice persoană.

3. Meditația experiențială cu suport imagistic

Acest gen de exercițiu (idem op. cit., p. 141-144) urmează în linii mari principiile meditației ca tehnică, la care se adaugă unele elemente de specific aparținând experiențialismului. *Starea subiectivă* de tip meditativ se aseamănă destul de mult cu cea de relaxare, în sensul că aceasta este prezentă, asociată fiind însă cu unele senzații specifice: căldură, corp ușor și nu greu și chiar de zbor, de plutire. *Starea conștiinței* este una modificată de tip fluid, în care se activează o serie de disponibilități latente ale persoanei.

Tehnica are anumite caracteristici care o individualizează; face apel la o serie de elemente pe care le prezentăm mai jos și dintre care unele se regăsesc și în exercițiile anterioare:

- Tehnica ecranului mental, pe larg folosită în programarea neurolingvistică, ecran pe care subiectul poate vizualiza o serie de conținuturi personale și cu ajutorul căruia poate lucra asupra lor.
- Focalizarea succesivă a atenției pe diferite elemente, până la fixarea pe unul singur este un procedeu, așa cum spuneam mai sus, specific meditației și care ilustrează foarte bine concepția asupra stării meditative ca stare de focalizare a atenției.
- Elemente de sugestie indirectă, ericksoniană, de tipul: „poate ai făcut aceasta deja sau poate mai trebuie să cauți puțin" sau „te destinzi atât cât vrei", sunt de natură a atrage în mod indirect atenția subiectului că el este responsabil de ceea ce se întâmplă.

• Ieşirea din exerciţiu utilizând mişcarea. Mişcarea face de multe ori legătura dintre fizic şi psihic şi este totodată poate cel mai bun mijloc de exprimare a conţinuturilor psihice. Mişcarea înseamnă activitate şi real, iar prezenţa ei semnalează subiectului faptul că exerciţiul s-a încheiat, ancorându-l în realitatea imediată, concretă.

La fel ca şi tehnicile de relaxare, meditaţia poate fi utilizată fie în scop de autoreglare sau de autoperfecţionare, fie în scop terapeutic. În ceea ce priveşte această din urmă direcţie, putem diferenţia o finalitate diagnostică – de aducere la lumină a unor conţinuturi, conflicte ale subiectului, de recoltare de informaţii despre personalitatea acestuia; şi o finalitate terapeutică – reglajul stărilor afective, relevarea unor resurse şi disponibilităţi personale etc.

Instructaj:

Te aşezi într-o poziţie comodă, cea mai comodă pe care o poţi găsi. Te mişti puţin, te întinzi, îţi modifici poziţia corpului, astfel încât aceasta să fie cât mai comodă, să te simţi cât de bine doreşti.

Închide ochii şi fii foarte atent la ceea ce se întâmplă în jurul tău; vei constata că poţi percepe o mulţime de lucruri din jur, ai senzaţii de contact, auzi sunete, simţi mirosuri, explorezi această lume a senzaţiilor cu foarte mare atenţie, eşti conştient de tot ceea ce se întâmplă în jurul tău.

După ce ai conştientizat pe deplin ce se întâmplă în jurul tău şi relaţiile pe care le ai în acest moment cu mediul, poţi să-ţi îndrepţi atenţia asupra corpului tău, asupra senzaţiilor pe care le ai şi să-ţi laşi corpul să se destindă; observă cum se modifică senzaţiile pe care le trăieşti datorită relaxării muşchilor; te relaxezi tot mai mult, iar dacă simţi nevoia, acesta este cel mai bun moment să-ţi schimbi poziţia, astfel încât să te simţi atât de bine cât vrei.

Eşti relaxat, respiri uşor şi regulat, uşor şi regulat, eşti atent la respiraţia ta, la felul în care aerul intră şi iese din pieptul tău, intră şi iese, eşti foarte atent la aerul care intră şi iese din pieptul tău; vei observa că poţi avea control asupra respiraţiei tale, că o poţi face cât de liniştită şi regulată doreşti, respiri uşor şi regulat, te destinzi, te relaxezi.

Iei contact cu lucrurile care îţi trec acum prin minte, o mulţime: idei, sentimente, amintiri, imagini, senzaţii, culori, prin minte îţi trec o mulţime de lucruri pe care le priveşti, le observi cum apar pe ecranul minţii tale, vin şi se duc: gânduri, sentimente, amintiri, imagini, senzaţii, le priveşti cum apar pe ecranul interior al minţii tale, le urmăreşti pentru câteva clipe, apoi le laşi să treacă, fără a te opri prea mult asupra vreuneia dintre ele, vin şi trec, eşti martorul imaginilor care formează propria ta lume interioară, le urmăreşti cum apar pe ecran, te opreşti pentru câteva clipe asupra lor şi le laşi să treacă, eşti martorul propriei tale lumi interioare.

Explorezi astfel întreaga ta lume interioară, liniştit, detaşat, iei cunoştinţă de ceea ce se întâmplă, priveşti imaginile care apar pe ecran şi înveţi cum poţi controla viteza cu care acestea circulă, descoperi ce poţi face ca acestea să circule mai rapid sau ca să le poţi păstra în faţa ta mai multă vreme: poate pe unele nu le cunoşti foarte bine. Le explorezi cu atenţie şi alegi din lumea propriilor imagini interioare una care te face să te simţi foarte bine, care-ţi place foarte mult, un peisaj, un colţ de natură unde vrei să mergi.

Opreşti peisajul pe ecran în faţa ta şi îl explorezi cu atenţie, te apropii uşor de el şi-l priveşti în toate detaliile sale; eşti acum foarte aproape de el; aproape pe nesimţite pătrunzi uşor în interiorul peisajului şi-l explorezi de data aceasta dintr-o nouă viziune, trăieşti toate senzaţiile legate de el, simţi senzaţii, auzi sunete, vezi culori, trăieşti plenar experienţa de a fi în acest peisaj, priveşti înapoi şi conştientizezi ce anume s-a schimbat în viziunea ta. Te mişti în interiorul acestui peisaj şi-l explorezi în toate detaliile sale, aşa încât experienţa ta este şi mai bogată. Găseşti un loc unic în acest peisaj, un loc numai al tău, unde ţi-ai dorit întotdeauna să fii şi unde te poţi simţi parte integrantă a acestui peisaj. Mergi în acest loc, iei contact cu el şi experimentezi condiţia de parte a peisajului, eşti o bucăţică de natură, parte integrantă a acestui peisaj minunat, vibrezi acum în acelaşi ritm cu natura, eşti o parte a ei, vibrezi armonios, cald, trăieşti experienţa de parte a peisajului, conştientizezi ce anume este nou în felul tău de a vedea lucrurile. Te bucuri pentru o vreme de armonia faptului de a fi o parte a peisajului.

După 4-5 minute: *Conştientizezi încă odată ce anume ţi-a adus nou şi util această experienţă, memorezi foarte bine locul în care eşti, este locul tău, şi înveţi ce poţi face ca să poţi merge aici de câte ori vrei, după care începi din nou să te mişti uşor în interiorul acestui peisaj, îl explorezi încă odată în toate detaliile lui şi te îndrepţi uşor spre punctul prin care ai intrat, poate l-ai găsit sau poate trebuie să-l mai cauţi puţin, găseşti acest punct şi ieşi din acest peisaj, acum îl poţi vedea iarăşi în faţa ta, proiectat pe ecranul interior al minţii tale, te îndepărtezi de el uşor, aşa încât să ajungă la dimensiunea iniţială şi laşi ca locul peisajului pe ecran să fie luat de altă imagine, apoi de alta, eşti din nou martorul propriei lumi interioare, al gândurilor care-ţi trec prin minte, eşti conştient de felul în care respiri uşor şi liniştit, de aerul care intră şi iese din pieptul tău, eşti relaxat şi pe deplin liniştit.*

4. Meditaţia creatoare transfiguratoare în PEU

Am grupat în cele ce urmează o suită de meditaţii creative bazate pe puterea transfiguratoare a metaforei, sub forma unor posibile exerciţii în lucrul cu sine însuşi. Ele fac parte din arsenalul tehnic al psihoterapiei experienţiale a unificării (PEU) şi sunt trăite, create de mine şi practicate în cursul experienţei de

autoanaliză şi dezvoltare personală cu grupurile asistate. Cea mai mare parte dintre ele pot fi adaptate sub forma unor meditaţii dinamice bazate pe dramatizare (de ex. *Jocul de şah*) sau sub forma unor exerciţii de grup centrate pe stări modificate de conştiinţă (Iolanda Mitrofan, 2001).

Ceea ce au în comun toate aceste exerciţii este experimentarea **schimbării perspectivei** asupra propriei persoane, asupra altora şi a relaţiilor interumane, facilitând unificarea şi armonizarea creativă.

Ele acţionează ca modalităţi provocative insidioase de conectare a conştientului, inconştientului şi transconştientului, având ca efect o experienţă de cunoaştere extinsă şi de integrare transpersonală, chiar dacă, aparent, unii le-ar putea recepta doar ca simple tehnici de fantazare ghidată sau de relaxare progresivă. Această modalitate de receptare se referă doar la sesizarea mijloacelor (instrumentelor de lucru) şi nu a procesului de restructurare psiho-mentală, care constituie scopul şi efectul real al acţiunii lor.

INVITAŢIE LA O CĂLĂTORIE ÎNTR-O FRUNZĂ
Un exerciţiu de extindere a percepţiei sinestezice

Îţi propun o experienţă simplă, care îţi va folosi drept vehicul într-o posibilă călătorie în tine însuţi. Te invit să explorăm împreună o lume care ne scapă, chiar dacă suntem în ea şi cu ea continuu.

Alege un loc şi un moment liniştit, aşează-te confortabil, lasă-ţi corpul să se destindă în cea mai convenabilă poziţie a sa, priveşte-l, ascultă-l, simte-l cum se destinde, aşa cum doreşte şi cum poate el acum şi aici... Lasă să se întâmple uşoara aplecare a pleoapelor către sine, lasă-ţi pleoapele în voia lor, dă curs nevoii ochilor de a se închide...

Treptat, pe măsură ce te destinzi şi respiraţia devine lină, egală, ca de la sine, imaginează-ţi că pe ecranul tău interior, prinde încet, încet, contur o frunză. Ea îşi caută forma şi culoarea, aşa cum o gândeşti tu acum, aşa cum vrei tu acum. Clarifică-ţi din ce în ce mai mult imaginea ei, forma, mărimea, culoarea, nuanţele, nervurile şi apropie-te din ce în ce mai mult de frunza aleasă.

Apropie-te de ea încet, foarte încet, atent, conştient de fiecare pas al tău către frunză, pe măsură ce te deschizi şi te apropii tot mai mult de ea...

Priveşte-i cu atenţie conturul... Plimbă-te liniştit de-a lungul lui, înconjoară frunza de la dreapta la stânga, lent, foarte lent, urmăreşte-i fiecare nervură, pe rând, începând cu nervura centrală. Conştientizează fiecare ramificaţie a nervurii centrale, fiecare ramificaţie delicată a fiecărei nervuri, din ce în ce mai fină. Pe măsură ce înaintezi, nervurile sunt din ce în ce mai clare, mai largi, mai încăpătoare, mai pulsatile, mai răcoroase...

Alege-ţi o nervură pe care vrei şi o poţi explora, cufundă-te în ea uşor, treptat, pătrunde în luminozitatea ei verde, simte răcoarea vibrantă şi pură a sevelor, urcă odată cu sevele, curgi odată cu ele, cu gustul lor pe care doar tu îl poţi simţi acum; ascultă sunetul viu şi puternic al sevelor urcând şi bucurându-se, fii una cu mişcarea lor către creştere...

Acum adună-te uşor, fără efort, din matca nervurii prin care ai călătorit, revino la suprafaţa frunzei, coagulează-ţi simţurile şi atenţia deodată, fii conştient de întreaga frunză, respiră împreună cu ea...

Vizualizează-i culoarea de la bază spre vârf... Mai întâi verde închis, verde greu, verde opac, apoi verde catifelat... Pe măsură ce urci cu privirea, verdele se deschide, devine din ce în ce mai luminos, până spre vârf, unde devine uşor, verde uşor şi scânteietor, limpede, limpede.

Priveşte prin văzul frunzei ca printr-un smarald... Transparenţa sa îţi permite să vezi clar, dincolo de frunză...

Acum, concentrează-ţi întreaga fiinţă în vârful luminos al frunzei şi conştientizează gustul frunzei, gustă verdele ei luminos. Acum simte mirosul verdelui luminos, uşor, transparent, răcoros. Simte mirosul proaspăt, răcoros, al verdelui luminos, transparent...

Acum guşti şi miroşi transparenţa. Pătrunde liniştit, relaxat, prin porii luminoşi, uşor calzi ai frunzei, traversează o lume de senzaţii, de la răcoarea blândă, la căldura moale şi învăluitoare, de la gusturi acrişoare şi reci, la gusturi dulci şi călduţe...

Cufundă-te din nou în frunză... Experimentează gustul ferm şi opac al bazei frunzei, simte siguranţa şi claritatea sa şi puterea... Acum urcă din nou de-a lungul nervurii centrale şi simte gustul uşor transparent al vârfului frunzei...

Călătoreşti într-o lume familiară şi totuşi nouă, a senzaţiilor pure şi a nuanţelor de senzaţii, a impresiilor şi urmelor de senzaţii, a conexiunilor dintre senzaţii, a senzaţiilor ascunse... Menţine-te în ea şi amplifică, atât cât îţi provoacă plăcere, intensitatea acestor senzaţii. Lasă să ţi se întâmple aceste senzaţii, cufundă-te ca într-o baie reconfortantă, înviorătoare de senzaţii... Te scalzi în verde greu şi în verde uşor, înoţi în seve limpezi, energizante, înmiresmate, simţi pulsaţia gustului în nervuri, în celulele frunzei...

Călătoreşti odată cu sevele dulci-amărui-acrişoare, te laşi purtat de o mireasmă luminoasă, de o răcoare verde care te duce, te duce din ce în ce mai departe, pe măsură ce devii tot mai sigur de noile tale senzaţii, clare, perfecte, limpezi... Eşti una cu mirosul, eşti una cu gustul, eşti una cu culoarea, eşti una cu lumina, eşti una cu sunetul, eşti una cu viul vibrant al frunzei, eşti doar respiraţia frunzei...

Respiră lin și egal. Ești frunză. Ascultă-ți sunetul interior, inconfundabil. Murmurat și sinuos, clar și egal, armonios și puternic. Ascultă-ți sunetul inconfundabil, armonic al respirației, ascultă ritmul tău personal, de frunză integrată în concertul naturii. Recunoaște-ți în acest concert sunetul propriu și savurează-l...

Ești tu însuți și ești și natură deodată, ești chiar vibrația ei delicată și vie, ești chiar lumina ei blândă și clară, ești chiar sunetul care o face completă și o reîmprospătează, ești chiar mișcarea prin care ea se recreează continuu, ești chiar transparența ei, dinăuntru și dinafară deodată, fără limite, fără contur, fără forme... Simți cum te dilați, cum te extinzi odată cu lumea în care ai pătruns, o lume de verde mătăsos, luminos și de bine, de siguranță și de înțelegere, de putere regeneratoare și de armonie; te dilați odată cu viul, ești pe deplin conștient de tine. Ești una cu viul, cu creșterea, cu mișcarea...

Te bucuri de această întâlnire cu simțurile; le ai dintotdeauna, dar acum, iată, ești conștient de ele, le trăiești cu toată ființa ta și te reîncarci cu toată forța necesară refacerii și păstrării resurselor tale, în continuă devenire.

Ai experimentat întâlnirea cu frunza, ai respirat odată cu ea, ai fost mirosul, gustul, culoarea, sunetul, forma, răcoarea, căldura și puterea ei de a crește.

Ori de câte ori te simți departe de tine, obosit și însingurat, împovărat, temător și trist, revino la lumea frunzei, la sunetul viu al respirației sale și reîntoarce-te în tine apoi, cu acceptare, cu încredere, cu iubire, cu calm și putere, redescoperă-ți resursele firesc, treptat și sigur, oferă-le dreptul de a se împlini.

Păstrează deschise porțile auzului, văzului, mirosului, gustului, tactilului și simțului termic, fii conștient de toate aceste fantastice prelungiri și amplificări ale ființei tale în lume.

Ești stăpânul și slujitorul lor deopotrivă, ești scenaristul, regizorul și actorul lor, lasă să se întâmple în fiecare clipă a vieții tale mirarea continuă de a fi prezent.

UMBRA ȘI LUMINA

Un exercițiu pentru integrarea polarităților și armonizarea Eu-lui

Îți propun o experiență care te poate ajuta să intri în contact cu părțile tale respinse și cu cele acceptate, deopotrivă, spre a putea să te unifici, înțelegându-te, acceptându-te și creându-ți „buna formă" interioară.

Ea se bazează pe două exerciții de autoexplorare, autocontemplare și autoconștientizare cu suport simbolic prin care, parcurgându-le, îți poți crea tu însuți proiectul și strategia mentală a unei autorestructurări benefice, aceea pe care tu o dorești și o alegi în mod liber, deplin răspunzător de tine însuți. Eu îți arăt doar vehiculele pe care le poți folosi: senzații, emoții, imagini, mișcări, adică toate acele transparente cărămizi și trucuri pe care mintea noastră le folosește continuu, în stările de veghe și somn, ca și în cele de trecere de la una la cealaltă.

Poți intra astfel într-un contact real cu tine, în zona obscură în care îți procesezi informațiile și îți dirijezi sau blochezi energiile, la sursa potențialului tău de dezvoltare și autoactualizare. Poți dobândi un mai bun control asupra posibilităților tale de devenire, poți înțelege cum, „lucrând asupra ta", înveți să colaborezi cu nevoile și disponibilitățile tale spontane, pozitive.

Pentru început, experimentează pe rând, în mod natural, două dintre fenomenele care te exprimă cel mai bine, cel mai complet, care fac parte din ființa ta: Umbra, fidelă oglindă întunecată ce te însoțește pretutindeni, neîncetând să-ți reamintească faptul simplu că ***ești*** *și Lumina, cea pe care* ***o conții*** *în tot ceea ce faci atunci când gândind – clarifici, înțelegi, păstrezi și elimini, transmiți și explici. Atunci când, imaginând – restructurezi, proiectezi, creezi și transformi, atunci când iubind – încălzești, dorești, speri, dăruiești, susții, energizezi, declanșezi, transfigurezi și te maturizezi spiritual; atunci când, acționând – te miști, respiri, te hrănești și te perpetuezi, făcând din trupul tău creuzetul alchimic al vieții.*

Unindu-te cu Umbra, unindu-te cu Lumina*, încearcă să devii mai conștient de tine, de ceea ce ești și poți deveni chiar acum.*

Întâlnire cu Umbra

Așează-te astfel încât să te simți confortabil. Lasă-ți mușchii să se destindă treptat, odihnindu-se, lasă-ți mintea să se liniștească, să se clarifice treptat, ca suprafața unui lac limpede. Acum îți poți vizualiza Umbra.

Lasă imaginea familiară a Umbrei tale să se proiecteze pe ecranul interior, las-o să prindă contur, să se adune... Urmărește-i conturul, forma, intensitatea, densitatea, vibrația, mișcarea, respirația. Ia cunoștință de modul ei de a fi, de a se dezvălui, de a se desfășura... Focalizează întreaga atenție asupra Umbrei tale, readuse în minte acum și caută să-i înțelegi intenția... Încotro se îndreaptă? ... Dincotro se adună?... În ce parte a ei șovăie?... În ce parte a ei este gata să se disipeze?... În ce parte a ei este clară și densă?... Ce formă și ce mărime are?...

Adresează-i un mesaj important și răspunde în locul ei așa cum presupui că ea ar putea să o facă. Dialogați atât cât simțiți nevoia spre a vă înțelege mai bine...

Alege, dacă dorești, să schimbi ceva în conturul și densitatea ei, ceea ce consideri că ți-ar plăcea sau ai avea nevoie. Poți face asta chiar acum... Fă-o! Încearcă să experimentezi schimbarea pe care tu ai ales să o faci. Cum este Ea acum? Ce simți față de Ea? Răspunde-ți cu onestitate și continuă să explorezi... Conștientizează ce sentimente, ce imagini, ce gânduri îți trec prin minte, lasă-le să se întâmple...

Acum alege să faci o mișcare... Vezi, ce se întâmplă cu Umbra? Ce simte Ea acum? Încotro se clarifică? Încotro se densifică? Ce formă are Ea acum? Urmărește-i mișcarea liberă, conturul de acum și descrie-l... Conștientizează-i intenția, dorința și starea. Ce poți spune despre starea Ei de acum?

Lasă-ţi mintea să-şi deruleze imaginile, gândurile, emoţiile ce vin şi continuă să-ţi focalizezi întreaga fiinţă pe Umbră. Ce sesizezi acum? Fii atent la modul cum îţi pândeşti propria Umbră, fii observatorul tăcut şi prezent, fii martorul ce se deschide spre devenirea Formei Ei. Sesizează noi şi neobservate detalii...

Ce observi acum? Cum este forma ei, dar intensitatea, dar dimensiunile ei actuale? Cum este noua ei mişcare? Încearcă să te apropii din ce în ce mai mult, de Umbra ta... Ce face ea acum? Fuge? Se micşorează? Se măreşte? Alunecă? Se intensifică, se opacizează? Se condensează, se clarifică, se disipează? Continuă să te apropii de Ea delicat, liniştit şi sigur, atât cât s-o poţi zări, atât cât s-o poţi recunoaşte...

Acum, priveşte-o cu atenţie şi grijă, atinge-i uşor forma cu degetele. Mângâie-o, simte-i vibraţia, gust-o, miroase-o şi pătrunde, atât cât poţi prin forma Ei, fuzionează cu Ea, primeşte-o răspândindu-se în fiinţa ta, identifică-te cu Ea...

Acum eşti unit cu Umbra ta. Explorează-ţi din nou starea. Ce simţi acum? Te strânge? Ţi-e largă? O pierzi în tine? Te copleşeşte? Te apasă? Te simţi liber? Te închide? Te pierde? Ţi-e frig, îţi e cald? Cum îţi este? Rămâi în contact viu cu ea, fiind totodată perfect conştient de prezenţa ei şi de a ta, de coparticiparea voastră?

Acum, dacă alegi să călătoreşti mai departe, poţi păşi brusc, dincolo de spaţiul locuit de Umbra ta, în spatele ei, undeva, în alt spaţiu posibil. Descoperă, observă şi simte atent şi deschis noua lume în care ai avut privilegiul de a fi pătruns. Cine eşti tu acum? Ce faci? Ce simţi? Ce vrei? Alege... Acum acţionează conform alegerii tale. Fii ceea ce ai ales.

Copacul şi Lumina

Poţi sta aşezat sau în picioare, aşa după cum doreşti în acest moment. Îndreaptă-ţi coloana fără efort, susţine-o ferm, dar elastic, în vreme ce muşchii se lasă destinşi, relaxaţi, ca de la sine... Caută să descoperi cum devii prezent în această postură pe care tu ai ales-o, respiră egal, liniştit, pe măsură ce mintea ţi se calmează. Lasă primele imagini să curgă liber, spontan, ele vin şi trec...

Şi dacă pleoapele simt nevoia să se închidă, lasă-le să o facă... O străfulgerare de-o clipă, imaginile curg clare, colorate, apoi din ce în ce mai estompate, mai sărace, mai şterse, apoi fragmentate, fragile, îndepărtate, stinse... Asistă la curgerea lor din ce în ce mai disipată, la nuanţele de stări şi de gânduri care le însoţesc. Asistă cum vin şi cum trec în afara ecranului tău interior. Pe măsură ce ele se duc, se elimină, mintea ta se calmează şi se goleşte, o stare de bine te inundă...

Acum poți umple treptat locul rămas liber cu imaginea pe care tu o alegi, a unui tânăr copac, cu crengile înmugurite de curând. Lasă-l să răsară simplu, să se adune în spațiul tău interior dintre sprâncene, vizualizează-i forma perfectă, vibratilă, așa cum ai ales tu s-o creezi. Ascultă-i respirația ușoară, lină, egală, simte-i parfumul proaspăt și suav al mugurilor gata să se deschidă... Apropie-te încet, încet, de copacul ales, fii conștient de forma, de mărimea, de consistența lui și a fiecărei părți care îl compune: rădăcina, tulpina, crengile, ramurile delicate, mugurii.

Pătrunde cu ființa ta, ușor și blând, în rădăcina lui, insinuează-te de-a lungul trunchiului și urcă odată cu sevele. Pătrunde și răspândește-te în interiorul flexibil și răcoros al crengilor, în cupele ușoare, parfumate, ale mugurilor, în staminele așteptând să se trezească, grele de praful aurit al polenului...

Acum ești una cu starea tânărului copac, acum ești chiar așteptarea lui, respiri odată cu el, simți și înveți bucuria lui de a se deschide, în întâmpinarea soarelui. Te îndrepți înalt și deschis cu toți mugurii deodată spre înaltul cerului. Privește cu atenție alunecarea strălucitoare, dar reînnoită și blândă a soarelui de primăvară. Privește amestecul razelor lui cu norii grei de ploaie, privește dansul lor perfect armonic, jocul cald-rece, ușor nehotărât al cerului, între a ninge lumină și a plânge de râs.

Urmărește perfect liniștit această alternanță a jocului, această pace a trecerii soarelui amestecat cu nori, urmărește drumul soarelui care, puternic și sigur, izbucnește în miezul zilei. Lasă-te cuprins de frenezia luminii sale, reînnoite, învăluitoare și clare, acum.

Fii copacul căutat, încălzit și purificat de lumină. Lasă-ți chiar acum crengile subțiri să se prelungească până la cer, până devii una cu razele, într-o superbă întâlnire prin care cerul se unește cu pământul prin tine. Fă-ți crengile și mugurii raze și lasă lumina să curgă prin toți porii tăi deschiși, prin sevele și lemnul tău verde.

***Pe măsură ce te înalți, soarele coboară în tine, voi creșteți împreună, unul din altul.** Lăsați dansul vostru să se întâmple, ca pe un joc divin, în infinita lui grație și putere creatoare. Bucură-te de a fi o parte vie a luminii și de a lumina la rându-ți. Curgi odată cu soarele spre zenit, urmează-ți drumul.*

Ai experimentat trecerea stărilor dintr-una în cealaltă, fluid, deplin conștient de tine, deplin conectat cu cerul și cu pământul, ca parte armonioasă a lor simultan. Respiră liniștit în ritmul vostru comun, rămâi conectat, surâzând.

SPAŢIUL DINTRE NOI
Exerciţiu de tăcere

Acum te invit să cunoaştem împreună Tăcerea.

Imaginează-ţi-o ca fiind spaţiul dintre noi... Ce formă are? Ce adâncime? Ce consistenţă? Pare o pâclă deasă şi apăsătoare ori e o ceaţă uşoară, irizând transparenţe pe alocuri? E început ori sfârşit de senzaţii? E o promisiune mereu înnoită ori o împlinire fără sfârşit? E geamănă somnului tău sau stării de veghe? E-n tine ca şi în afara ta? E numai în tine sau numai în afară? O conţii sau ea te conţine pe tine? De unde vine şi-ncotro se duce? Explorează-te şi las-o să se întâmple...

Alege acum ***Forma Tăcerii*** *tale şi vizualizeaz-o pe acel ecran interior, dintre gânduri. O simţi mai întâi discret, estompat şi uşor, apoi din ce în ce mai clar, mai sigur, mai adânc... Fii conştient de locul în care apare. E-n stânga? E-n dreapta? E jos? Este sus? E în spate? E în faţă? Observă-ţi totodată starea pe care-o încerci. Şi dacă forma pe care-ai ales-o îţi este plăcută vederii, ea sigur se-ntâmplă în partea de sus, chiar acum, şi e gata să urce. Iar dacă forma îţi pare greoaie, neclară, confuză, ea poate veni dinspre stânga, de jos şi stă gata să cadă, migrând îndărăt, spre trecutul din care revine. Las-o să curgă, încet, liniştit şi egal, de la stânga la dreapta, de jos către sus, imponderabilă formă, pe măsură ce corpul tău destins, relaxat, devine uşor, transparent, se extinde... Şi când, plutind liniştit, Forma-Tăcere va fi depăşit linia mediană a ecranului, imaginează-ţi că în urma ei se trasează un fir auriu. Tu o urmezi îndeaproape acum, tot mai aproape, o pătrunzi, eşti una cu ea deodată... Trăieşte Tăcerea. Urci simplu şi creşti cu Tăcerea-mpreună... Ascultă atent cum Tăcerea îţi dilată încet, delicat şi plăcut, fiecare celulă... Ascultă Tăcerea creşterii tale, simultan, oriunde în trup şi în minte, în orice lăcaş al fiinţei, în senzaţii, în imagini, în gânduri. Pe măsură ce te extinzi, ce inunzi spaţiul primitor, absorbant al Tăcerii, guşti, miroşi şi respiri adânca ei bucurie. Constanta şi divina ei bucurie. Acum te cufunzi din ce în ce mai adânc în Tăcere, în vreme ce calma, precisa ei formă alunecă-n sus, şi-odată cu ea, întreaga-ţi fiinţă trăieşte acolo, egală cu sine. Întreaga-ţi fiinţă se simte tăcând peste tot. Respiri şi auzi cum urci cu Tăcerea deodată. Şi iată, acum poţi evada lin, foarte lin, din ecran. Desprins din ecranul mirat că te pierde, călătoreşti din ce în ce mai departe... Laşi gânduri, imagini şi stări tot în urmă... Te simţi doar Tăcere, plutind beatific; eşti gust luminos şi o caldă mireasmă, eşti simplă Tăcere iluminată.*

Odată extins, fără margini şi ţel, pulsezi liniştit şi egal, blând în toate... Apoi redevii ghem tăcut, te aduni şi-auzi cum Tăcerea concertează divin. Tu însuţi, din firul tăcut care eşti, laşi sunetul tău curat să se işte, să-şi caute forma, puterea şi rostul.

Descoperă miezul ascuns, dar sonor al Tăcerii şi lasă vibraţia lui să te bucure, să te reîntrupeze. Acum poţi găsi în tine un Sunet la fel de puternic precum forţa Tăcerii. Şi dacă alegi, poţi fi însuţi tu Sunetul care se trezeşte la viaţă. Mai treaz, mai prezent, mai mirat, creativ şi mai bun.

EXPLORAREA CHIPULUI

O meditaţie asupra fiinţei iubite

Aşează-te aşa cum îţi vine acum. Ascultă impulsul trupului tău din clipa aceasta şi-ngăduie-i dreptul de-a se destinde treptat... Ascultă dorinţa muşchilor de-a se lăsa în voie, aici în lăcaşul pe care tu l-ai ales pentru reîntâlnirea cu sine...

Şi dacă deja eşti destins, liniştit, ascultând cum celulele trupului tău ţi se pun în acord, păstrează-ţi atenţia vie şi concentrată în punctul dintre sprâncene... înconjoară-l lin şi uşor cu întreaga iubire şi lasă-l treptat să devină un cerc transparent şi adânc, un ochi blând de apă...

Acum te invit să pătrunzi în apa ce cald te primeşte şi lin te cufundă în ea până la glezne. Simte-i atingerea mângâietoare – mătasea – în timp ce continui să te afunzi până la genunchi, până la brâu, până la piept. Lasă-ţi şi braţele, umerii, gâtul să se răsfeţe şi simte întreaga căldură a trupului... Observă cum această căldură lent difuzează în beatifica undă, pe care o poţi colora după cum simţi nevoia...

Acum întoarce-ţi auzul spre foşnetul ce se întâmplă la graniţa trupului tău cu spaţiul în care te scalzi. Poţi să-ţi răsfiri după voie degetele lăsând apa să treacă, precum într-o clepsidră acvatică, măsurându-se timpul... Şi timpul ce curge e una cu inima ta ce-şi cântă egal şi sonor bucuria de a-ţi fi ţie ritm. Ascultă cum ritmul tău se armonizează cu al apei, din care, încetul cu-ncetul se iscă un Chip... imagine vie ce ţi se arată tot mai clar, tot mai sigur.

E Chipul pe care, privindu-l, simţi forţă în oase, simţi muşchii flexibili – liane dorind să înconjoare trupul pe care abia-l bănuieşti în luminile apei...

Treptat, Chipul prinde contur, volum, consistenţă şi-ncet, foarte-ncet, începi să-l apropii de inima ta ce aşteaptă deschisă ca floarea de nufăr...

Acum, îţi propun o călătorie: urmează forma Chipului lent, fără grabă şi lasă-ţi respiraţia calmă să devină treptat mângâiere. Presimte mireasma discretă a fiinţei de care te-apropii... Continuă să-i respiri forma obrajilor, părul, tâmpla, descoperă fruntea în aşteptare şi dacă o cută mirată se simte, întinde-o uşor...

Coboară spre pleoapa ochiului stâng şi respir-o, apoi intră-ncet, delicat, în irisul tandru şi lasă-te îmbăiat de lumini şi de umbre. Acum, coboară în colţul miratului ochi ce te-acceptă şi gustă din roua sărată, apoi te prelinge pe-obrazul Său stâng. Imaginează-ţi că luneci extrem de încet, pe suprafaţa unui fruct pe care tu îl alegi, experimentând contactul cu coaja. Acum poţi pătrunde spre miez, îl miroşi şi îl guşti delicat şi atent la nuanţe... Rămâi concentrat...

Şi dacă te simţi luminos şi trezit dintr-o dată, alunecă lin înspre zona bărbiei şi simte-i, prezent, consistenţa şi forma deodată. O poţi mângâia circular, cât mai încet cu putinţă...

Zbori blând – fluture transparent către gură şi desenează-i cu aripa întregul contur şi surâsul... sălăşluieşte o clipă-n lăcaşul atât de suav şi – iată! – deodată simţi râsul cascadă cum vine... Lasă-te energizat de unda-răcoare, de forţa pe care-o degajă, fără efort şi oprelişti. Curgi repede, viu şi puternic... Eşti râsul cu totul.

Acum poţi parcurge linia nasului, urcând şi coborând concentrat, urmează forma delicată a nărilor şi-ncearcă să fii chiar aerul pur ce-l respiră, fii însăşi mireasma pe care-ndelung şi-o doresc. Acum poţi urca învigorat pe obrazul Său drept. Pătrunde în cutele lui, în porii pregătiţi să-ţi primească plăcuta atingere şi să-ţi afle mesajul...

Şi ca şi cum te-ai fi urcat pe-o colină, lasă-te acum pe pleoapa ochiului drept, ca pe ţărmul de mare. Aici pregăteşte-te să simţi mareea privirii ce te iscodeşte, iubindu-te mereu şi mereu altfel. Fii conştient de modul în care revine, aceeaşi, dar totuşi mereu transformată prin tine... Fii concentrat doar asupra privirii de-acum şi brusc vei vedea curcubeul ţâşnind către tine. Alege-ţi culoarea pe care-o preferi şi ascute-ţi auzul...

Acum poţi pricepe intenţia Chipului drag şi mesajul. La rându-ţi, răspunde-i aşa cum doreşti, prin culori sau miresme, vibraţii sonore, atingeri ori alte senzaţii... Puteţi continua dialogul cât este nevoie şi dacă simţiţi cum din jocul vostru se face lumină şi-o bucurie imensă vă inundă-ntru-totul, atunci poţi porni mai departe...

Uşor, liniştit şi-mplinit levitezi deasupra tâmplelor, frunţii, şi ca de la sine, te laşi să pluteşti rotitor, ţeşi luminoase, largi cercuri, în jurul capului fiinţei iubite... Imaginează-ţi cum modelezi cu respiraţia ta cercuri ample, din ce în ce mai ample, tot mai extinse, pe măsură ce Chipul fericit din interiorul lor se măreşte, se dilată, se colorează la rându-i...

Acum te apropii din ce în ce mai mult de chipul iubit, încet, foarte-ncet şi atent, îl percepi sub o magică lupă... o vreme distingi disparate nuanţe şi forme, un joc de lumini şi de umbre amestecate până când brusc, îţi apare o nouă planetă. O poţi explora după voie, de te ademeneşte cu lacuri adânci şi coline prelungi şi domoale, cu line câmpii şi munţi semeţiţi către cer, cu peşteri în care te poţi cuibări liniştit... Păduri nesfârşite, cascade cântând ori livezi aburind de miresme te pot invita să pătrunzi, să descoperi, să guşti...

Şi dacă ai explorat îndeajuns noul Chip, adună imaginea lui într-un glob transparent şi uşor chiar acum... Apropie-ţi palmele lin şi primeşte-l în cuibul lor ca şi cum te-ai ruga. Atent, răbdător, iubitor, protejându-l, adu-ţi-l încetul cu-ncetul aproape de inimă, simţindu-i căldura, vibraţia fină, lumina. Respiră-i întreaga fiinţă şi, brusc, fuzionaţi...

Acum te întorci mai bogat, mai vital şi mai bun; separă-te lent, decantează-te din fiinţa iubită şi mulţumeşte-i cu toate celulele tale deodată. Respiră adânc şi liber acum, salut-o cu devoţiune, priveşte-i imaginea până se face lumină, ascultă-i prezenţa până devine sunet, gustă-i fiinţa până ajunge nectar, păstrează-i mireasma până rămâne părere...

SCURTĂ MEDITAŢIE CU OBIECT
Un exerciţiu de dezvoltare a empatiei

Îndrăgosteşte-te de CEVA sau de CINEVA ***care nu-ţi aparţine*** *– un fir de iarbă, o sămânţă, o plantă, un copac, un nor, o piatră, o apă, un munte, o plajă, un sunet, o mireasmă, o fiinţă.*

Aşează-te lin şi alege-ţi „obiectul iubirii". O poţi face în orice clipă. Explorează-l şi descoperă tot ceea ce te atrage. Călătoreşte în interiorul lui, observă, identifică, separă şi unifică, reaşează lin, delicat, apoi restructurează, transfigurează.

Lasă-te absorbit de el acum, în clipa în care eşti, pătrunde şi rescrie în mintea ta scenariul existenţei sale, orice ar însemna asta. ***Vizualizează:*** *cum se naşte, cum respiră, cum se hrăneşte, cum face, cum se odihneşte, cum se mişcă şi cum stă, cum visează şi cum se trezeşte, cum trăieşte, cum vine şi cum pleacă.*

Apropie-te încet, foarte încet şi cufundă-te în interioritatea sa unică. Fii conştient, pas cu pas de Fiinţa din spatele Formei, de viul acela, oricât de subtil şi imponderabil ar fi.

Intră în dialog atent şi deschis, iubitor, cu structura sa, cu celulele sale, cu viaţa lor secretă şi simplă.

Fii firul de iarbă, piatra, copacul, norul, apa, muntele ori fiinţa iubită sau orice-ai ales. ***Fii parte a lui sau a ei*** *şi celulă. Vezi cu ochii săi, auzi cu auzul său, palpită şi simte-mpreună cu el sau cu ea în fiece clipă.*

Simte durerea şi bucuria firului de iarbă când este călcat sau dansează liber sub adierea vântului.

Simte durerea şi bucuria pietrei când se sfărâmă şi când rezistă. A fiinţei când se pierde şi când se regăseşte pe sine. Fii toate acestea acum, când ele se-ntâmplă.

Observă cum toate cresc și descresc, observă cum toate vin și pleacă, într-un ritual neîntrerupt și sacru al Existenței. Ascultă, privește, atinge, gustă, miroase și simte-i vibrația, ritmul armonic, egal. Și simte-te parte a Ei, fidelă-ntru toate.

Admiră mișcarea și oprirea, inspirul și expirul, sunetul și tăcerea, învolburarea și disiparea, dorința și împlinirea.

Descoperă ***Existența*** *așa cum răbufnește ea în ochii cuiva, așa cum se exprimă într-o ramură de cireș, într-o aglomerare de nori sau într-o curgere de apă. Iubește-i forța de a rămâne, de-a fi egală cu sine, dar în aceeași măsură și forța transfigurării.*

Admiră puterea de a fi, de a rezista și de a se opune a muntelui, dar și mișcarea continuă, surparea mătăsoasă a nisipului, răvășirea la infinit a formelor sale. Observă distrucția ce naște drum revenirii și bucură-te că, astfel, ea participă la creație.

Îndrăgostește-te de zăpadă, de ploaie, de ceață, de abur, de ***Apă****, sub toate formele ei necesare.*

Îndrăgostește-te de ***Soare,*** *de semințe și fructe, de privirea copilului, de căldura prezenței cuiva sau de focul din vatră.*

Fii una cu toate stările celor din jur, extrage esența, contemplă-ți propria stare conectată la lume, contemplă-ți iubirea.

Acum te poți simți dintr-o dată bogat și divers, discret și fluid, sigur și ferm, subtil și frumos, adânc și sonor, concentrat și dilatat, plin și vidat deodată. Te simți văzător și văzut, spectator și spectacol, creator și creat, cel ce dă și primește. Trăiești toate ipostazele de a fi, le cunoști și te bucuri.

Constați că aceeași subtilă și energizantă plăcere te-ncearcă atunci când observi mișcarea ființei iubite ori cea a luminii pe lucruri. Aceeași plăcere revigorantă atunci când atingi trupul ei, ori când plouă pe lume. Ești conștient că admiri deopotrivă fermitatea și stabilitatea stâncii, ca și cele ale persoanei alese.

Traduci în celulele tale prin același limbaj prezența ființei, ca și pe cea a soarelui în plină vară sau a vântului care te mângâie ori răscolitoarea furtună ori misterul zăpezii. Și toate-s prezente deodată, înlăuntrul tău, ca și în afară.

Acum, așezat, alege să fii conștient de o stare anume și du-o până la capăt, trăiește-o, contemplă și las-o să ardă deplin și domol până se stinge.

Apoi vei fi liber să zbori mai departe, căci orice călătorie e doar o îndrăgostire perpetuă și orice înaintare începe prin a te așeza iubitor.

Reamintește-ți!... ca să poți înainta, mai întâi, te retragi. Și a pătrunde în tine însuți sau în interiorul cuiva, se-ntâmplă la fel.

DE LA SÂMBURE LA FRUCT
Despre vulnerabilitatea puterii şi puterea vulnerabilităţii

Ai privit vreodată un Mugure când se deschide? Ai simţit nevăzuta lui forţă interioară ce pare să învingă petalele, să le răsfrângă? Ai simţit parfumul pătrunzător pe care-l degajă atunci când izbucneşte-n afară? El exersează forţa solară-n limbajul miresmei. El se deschide, se dilată, emite... Priveşte-l cum îşi trăieşte răsfrângerea ca pe o victorie şi-ncearcă să simţi asemenea lui această putere.

Deschide-te, creşti şi transmite ceva din căldura aceea discretă şi pură ce sălăşluieşte în chiar miezul tău. Ascult-o atent... reperează-i vibraţia, simte-o... Şi-acum, observă atent cum ghemul din mijlocul florii se-adună încet, se-nfăşoară, devine puternic, opac, dulce-acru. Asistă la naşterea fructului. Imaginează-ţi cum se-ntorc sevele-n miezul acesta, se concentrează, se-adună, până ce el devine tot mai greu, rotunjit...

Şi simte cum foetusul-fruct, crud şi incert îşi caută gustul şi forma-culoare cu-ncetul. Fragil se înfăşoară în el până dă pe-afară şi poate desprinde petalele florii, pe rând... şi într-o bună zi exersează explozia – dă-n pârg. Ce nuanţe frenetice curg dinăuntru-n afară, ce gusturi străine se decantează, adânci şi suave deodată, dinspre acel interior în care veghează un sâmbure, poate mai mulţi... Cum soarbe lumina pe care-o preface în gust şi-n miros cu cât te afunzi mai spre miez!... Acolo el cântă.

Ce forţă au sunetele lui interioare, ce putere prin care ***istoria fructului devine memoria vie a sâmburelui...*** *De-acum şi de-aici el o duce cu sine spre altundeva şi cândva, când, prinzând rădăcini, va reitera* ***arta creşterii*** *sale.*

...Tu poţi să fii ***Fructul*** *acum? Încearcă! Ce pierzi?!...*

ARTA MERSULUI PE SÂRMĂ. DE LA FRICĂ LA CURAJ.
Un exerciţiu de autorestructurare

Azi îţi propun să te familiarizezi cu arta mersului pe sârmă.

Imaginează-te echilibrist o clipă, alege-ţi înălţimea potrivită şi verifică încă o dată pilonii pe care e întinsă sârma ta: FRICA la un capăt, CURAJUL la celălalt.

Acum vom învăţa să explorăm îngusta punte.

Aşează-te la capătul pe care îl doreşti. Dacă îţi alegi să urci pilonul Fricii, vom merge împreună spre Curaj. Dacă alegi să-ncepi cu celălalt, poţi explora ce simţi când mergi spre Frică.

Şi într-un caz şi-n celălalt e bine...

O dată îți vei pierde vechea teamă, iar altă dată îți vei regăsi prudența. O dată poți să-ți lași în urmă Frica, iar altă dată s-o cunoști mai bine, așa încât să îi poți face față.

...Acum de-oriunde te-ai fi hotărât să-ncepi, te rog să urci imaginara scară de sfori care te leagă de pământ, pe care poți avea acces la sârmă. Respiră adânc, egal și liniștit, în timp ce îți fixezi piciorul la capătul de jos al scării și, la drum!...

Observă-te cum urci și în ce ritm, ce părți din corp participă mai mult și ce simt ele când ascensionezi. Fii conștient dacă privești la scară sau cauți cu privirea-n exterior ceva anume sau pe cineva. Fii conștient dacă te simți privit și cine te asistă la urcuș sau dacă nimeni nu o face, vezi ce simți. Observă ce senzații și trăiri îți traversează sufletul acum, ce imagini, întâmplări și fapte reintră pe ecranul tău mental în vreme ce tu urci pe-această scară... Dar lasă-le să curgă pe ecran și liniștit, tu urcă mai departe...

...Odată ajuns sus, rămâi atent. Fii conștient de corpul tău aici, de starea-n care intri chiar acum. Ce simți? Ce-ți trece brusc prin minte? Ce-ți vine chiar acum să faci, deodată? Să te oprești, să-ncremenești privind la țintă sau să te-avânți în grabă, ori cu groază?! Sau să te asiguri că mai jos e o plasă, în care cineva te poate prinde și dacă vei cădea, nici un pericol nu te va paște în mod real?! Îți vine să faci cale-ntoarsă oare sau să renunți chiar de la început?

Ori poate că te uiți în sus, la stânga și la dreapta și apoi pornești la drum, sigur și lin, privind tot înainte... Și cum te sprijini pe subțirea punte, ce experimentează talpa ta atunci când mai parcurge câte-un pas?

Îți iei cu tine un obiect cu care să te ajuți să nu-ți pierzi echilibrul?... Cum arată?... E poate o prăjină lungă și ușoară sau o umbrelă, pe care eventual o poți deschide și transforma în parașută?!... Ori pur și simplu, cu brațele pe lateral – devii o cruce, călătorind pe firul ce unește, ca-ntr-o oglindă – FRICA și CURAJUL...

Te uiți în jos? Ai spectatori sau nu? Și ce simți și-ntr-un caz și-n celălalt?

Observă-ți primele impulsuri și reacții și dacă toate-acestea le-ai aflat, fii conștient de ceea ce îți vine spontan să faci și ce alegi. Și orice ai ales, imaginează-ți acele fapte că se și întâmplă. Privește-te, consumă-le și lasă-le să se îndepărteze din ecranul tău mental, privește-le cum lent se derulează, precum un film cu încetinitorul.

...Acum încearcă să revii la drumul tău și explorează-ți ***mersul*** *în detaliu. Propune-ți să te vezi mergând, să te auzi și să te simți deodată în trup și-n minte, să-ți fii chiar propriul* ***martor*** *tăcut și detașat, extrem de liniștit, dar disponibil.*

Tu poți interveni oricând, te poți susține și ajuta, desigur, la nevoie. Te poți opri sau poți să-ți sugerezi chiar ție însuți cum și ce poți face. Sau, dacă vrei să schimbi ceva la tine în timp ce mergi, firește, o poți face.

Continuă să acționezi, fiind atent la însăși acțiunea ce-o decizi, la tot ce simți cu cât înaintezi. Descoperă și gustă bucuria de a te vedea mergând la înălțime.

Fii conștient de modul în care senzațiile și gândurile îți domolesc sau îți amplifică emoțiile și caută să le clarifici, să le cunoști pe cât mai mult posibil. Vei observa treptat că toate-s împreună, doar sub controlul tău, că te ascultă.

Observă apoi cum mintea, precum un slujitor umil – compară, cumpănește, abstrage, separă și unește, ghidată de voința ta de-a merge. Cunoaște-ți astfel drumul, plăcerile și dificultățile lui, cunoaște-ți deci, ființa în acțiune.

Observă cum fiecare emoție, fie ea negativă ori pozitivă, atrage după sine o soluție, observă cum dispui de inepuizabile resurse în a găsi mereu altceva. Ele îți susțin înaintarea și, pe măsură ce o faci, constați că ești din ce în ce mai sigur și mai liber.

Alege ce și cum să experimentezi așa încât, cu fiecare pas, vei câștiga o nouă perspectivă asupra propriilor acțiuni și-asupra sieși.

Iată, afli deja ceea ce n-ai fi putut bănui înainte de a te fi angajat în această frumoasă experiență a întâlnirii cu tine însuți.

Descoperi că poți și că vrei, că te miri, că te joci, că te amuzi, că ești viu, împlinit și puternic.

Descoperi că orice împrejurare e doar un prilej de a înainta și de a te cunoaște. Descoperi că FRICA și CURAJUL sunt egale în importanță și că linia subțire, flexibilă ce le unește e chiar echilibrul tău. Rostul ei este să-ți susțină înaintarea.

Astfel, poți trece prin FRICĂ perfect conștient că este doar acea provocare ce te învață să fii rezistent, luptător, pentru ca apoi, cu bucuria de a o fi parcurs, să o pierzi.

După cum poți consuma experiența CURAJULUI, poți fi una cu el, îl poți depăși spre a-l pierde, ori de câte ori reîncepi mersul pe sârmă. Dar la capătul ei, nu uita, este FRICA, cea care te provoacă să-ți reactivezi CURAJUL, cea care-ți dă șansa.

*Așa încât, continuă drumul atent, **prezent**, perfect conștient că lucrul cel mai frumos și adevărat ce ți se poate întâmpla este **contactul** dintre talpa piciorului tău și puntea subțire pe care tu ai ales să o încerci, s-o străbați, s-o cunoști, între cer și pământ – suspendată.*

Continuă să exersezi. Acesta este doar începutul...

Și dacă într-un târziu vei fi deprins arta de-a merge la înălțime, pe sârma orizontală, este posibil să-ți schimbi stilul – să preferi verticala, să înveți să te cațeri la infinit.

ÎNTÂMPLĂRI MĂRUNTE
Despre dependență și abandon

De la o vreme, aștepți să se-ntâmple ceva... Ceva care să te trezească din ritmul monocord în care trăiești. Ceva care să te bulverseze, să te uluiască sau să te umple, ceva care să-ți arate și cealaltă față a lumii pe care o bănuiești, dar pentru care nu bagi mâna în foc și nici nu ai paria că există.

De la o vreme, citești mai atent, dar constați că privești mai curând printre rânduri, asculți înfrigurat, dar auzi doar foșnetul dintre sunete și iată, parcă tăcerea îți e mai familiară întrucâtva, mai aproape.

Îți percepi bătăile inimii egale, constante și mișcarea lină, egală a aerului prin plămâni și simți cum fiecare clipă e egală, în sfârșit, cu cea care urmează și cu cea care-a fost. Te vezi și te auzi mergând, stând, respirând, înghițind, evacuând, dormind, visând și te întrebi pentru a mia oară – „Asta e tot, doar atât?"

Constați că te lași mers, așezat, respirat, înghițit, evacuat, adormit și visat și în timp ce-ți privești gesturile, senzațiile și trăirile, devii ***dependent de spectacolul propriei ființe*** *ca și cum ai fi descoperit telefilia, ca să nu spun telemania interioară. Te lași sedus de gustul nou al întâmplărilor tale mărunte, de vibrațiile conectate ale minții și corpului tău, de minunea de-a fi...*

Și-n timp ce te bucuri cum nici n-ai făcut-o vreodată, observi cum o plăpândă ***furnică*** *îți urcă pe braț. Grăbită și suplă urmează o țintă precisă – firul de păr pe care nici nu-l știai până acum și te-ntrebi: „Ce caută oare?"*

Privește-o atent, concentrat, dar fără efort, plutește-n conturul minusculei sale structuri, fii forma atât de precis desenată, volumul ce pare acum curgător și poți să distingi nuanțele negrului ei în mișcare – negru abanos, negru catifelat, negru mătase, negru sidef... Îți vine deodată în minte să fii chiar furnica și simți cum te scurgi, cum inunzi interiorul firavului trup. Observă-te cum încerci să vezi lumea prin ochii ei – presupus mozaic, să-i simți chiar vibrația în timpul urcușului, așadar, s-o cunoști...

Acum ai decis să experimentezi starea ei și începi să pătrunzi chiar acolo unde bănuiești sau ți-ar plăcea să crezi c-ar fi ochiul. Dar, brusc, realizezi că privit prin el, firul de păr devine copac și pielea ta, pe care ți-o vedeai altădată netedă și curată, devine pământul crăpat sau mustind de prea multă rouă, cu văi și urcușuri abrupte, cu munți, cu mlaștini, cu ape... Acum poți simți cât de greu sau cât de ușor te strecori printre ele, iar ținta pe care-o vedeai atât de clar adineauri, (convins că furnica se-ndreaptă precis într-acolo), acum e pierdută privirilor tale mărunte, de biată ființă, ascunsă de dâmbul pe care încerci să te urci.

Experimentezi ***perspectiva furnicii*** *și constați că habar nu ai de țintă, dar continui să te miști într-acolo, probabil automat, ca un somnambul, trecând prin toate prăpăstiile și munții din cale. Tu mergi. Pur și simplu tu mergi, n-ai timp nici măcar să visezi.*

Te-ntorci iar la tine (cel ce privește) și-o clipă ești tentat să produci un cutremur, mișcându-ți lin brațul, dar vezi cum furnica abilă se strecoară în căușul palmei și se ține de el. „E mult prea departe de țintă acum!". Jubilezi, ei bine, îți vine s-o strângi, s-o lovești, s-o arunci, s-o strivești, dar ea scapă... și iat-o din nou cum urcă pe falangele tale subțiri, alergând către firul de păr, de departe... Din curiozitate, o lași să alunece și o ajuți puțintel. Ajunsă acolo, se-ntoarce năucă și cade.

...Te simți responsabil de trauma ei și te întrebi ce rol ai jucat în scenariul acesta de fapt, ce sens a avut și dacă ai fi putut proceda în alt mod?! Te-ntrebi dacă ea a decis să se arunce în hău și de ce? Sau pur și simplu, i-a fost greu să se țină de braț? Sau ceea ce tu numești ***țintă*** *pentru ea era drum și a ales să continue înlocuind urcușul cu zborul-cădere liberă. Un alt fel de zbor pentru cei care nu au aripi... Cine știe?...*

Te-ncearcă o părere de rău, te simți oarecum vinovat sau confuz, ba chiar îi resimți ***abandonul*** *ca pe gustul cireșei amare. Privești spre covor, atent, foarte atent, doar, doar o zărești, pentru o clipă. Dar nici o mișcare nu pare acum s-o trădeze, nici o foșnire discretă nu pare-a răzbate. Asculți și privești. Te simți singur. Înțelegi că ceva minunat se-ntâmplase și că ai întrerupt cursul spontan al acelui ceva. Ți-amintești? Tu doar așteptai, la început, să se-ntâmple ceva...*

Te așezi în fotoliu, îți cauți caietul și desenezi cu înfrigurare două pete negre, alăturate și scrii în dreptul lor – FURNICĂ, apoi adaugi – FURNICA MEA MERGÂND CĂTRE ȚINTĂ, apoi ștergi și desenezi o șerpuire lină sub care scrii – DRUM și un copac pe care scrijelezi – ȚINTĂ. Apoi întorci pagina, arunci caietul.

Respiri adânc și brusc se aprinde lumina. O fi întrerupătorul defect? Sau altcineva l-a atins, ca din întâmplare?!...

ARTA RĂBDĂRII
Despre cealaltă față a lumii

Simt zăpușeala de azi ca pe o capcană și mă gândesc la momentul când aceste pagini vor ajunge în mâna ta și când toamna târzie ți se va scurge în palme ca o ploaie subțire, anunțând friguri mari și neliniști.

Pentru tine atunci poate că este miezul de iarnă din pragul altui mileniu, dar eu simt acum Soarele în trup invaziv, răspândindu-mă lent în fiecare ungher, ca o ceară topită ce naşte faguri moi în fiinţa mea şi, brusc, mă preling precum mierea. Mă aşez greu şi atent, ca şi cum m-aş fi pus la păstrare în hexagonale lăcaşuri de taină. Pentru ce, pentru cine, pentru când? Consimt la această transfigurare cu totul şi o las să se-ntâmple, aşa cum lemnul consimte să devină floare şi frunză, floarea fruct, fructul sămânţă şi sămânţa rădăcină. Observ cum fagurele în care pătrund devine una cu mierea, asist la fuziunea noastră transparent-aurie şi-nţeleg că Soarele şi Pământul îşi împărtăşesc impresiile şi emoţiile, experimentând încă o dată ***întâlnirea,*** *ca şi cum ar fi prima, ca şi cum ar fi ultima.*

Aştept. Aştept ca dialogul lor să se scurgă şi contopirea lor să devină deplină, aştept ca şi cum aş fi aşteptarea însăşi. ***Sunt starea de aşteptare,*** *fără dorinţe, fără scop, fără vise. Veghez şi trăiesc întâlnirea lor, mişcarea lor, lentă, foarte lentă, până la nemişcare. Sunt starea de tranziţie dintre ele. Presimt îndulcirea luminii şi îngreunarea ei, consistenţa pe care i-o dă fuziunea, în timp ce fagurele opalin se cristalizează, devine apă-ngheţată.*

Acum poţi zări ***faţa cealaltă a lumii prin noua fiinţă ce încet se trezeşte,*** *complet inocentă, mirată spre Sine.* ***Sunt Poartă Deschisă.***

Iar tu, cel sau cea ce mă însoţeşti în această experienţă, constaţi cum la rându-ţi, încet, foarte-ncet, laşi să curgă imagini mai clare, mai vii, colorate, uşor vibratile, iar lumea în care noi doi am pătruns pare nouă...

Consimţi că eşti gata s-o explorezi, cu grijă, migală şi uimire şi singur găseşti momentul cel mai potrivit şi intrarea. Aluneci lin, foarte lin şi atent, cu simţurile toate deschise spre interior... Auzi, vezi, miroşi, guşti şi simţi, descoperi spaţiul mirific în care-ai pătruns şi eşti conştient de modul în care aluneci, de starea pe care-o trăieşti în timp ce explorezi, în timp ce cunoşti şi iată, pe măsură ce ***înaintezi în propriul spaţiu,*** *poţi vizualiza vechi întâmplări, ca-ntr-un film cu eroi cunoscuţi sau, ca şi cum ai citi un roman, devii chiar romanul cu ai cărui eroi te identifici sau de care te separi. Şi tot ce se-ntâmplă acolo pare să aibă o noimă pe care tu o găseşti.*

Priveşte-ţi spectacolul, citeşte-ţi romanul şi fii cel mai bun spectator sau cititor al creaţiei tale, cel mai atent. Te priveşti cum te joci, cum te mişti, cum vorbeşti, cum acţionezi şi toate îţi spun cine eşti şi nu eşti, ce-nţelegi şi ce nu înţelegi, ce rost au toate astea, ce sens. Reţine-le, fii conştient de ele, dar du-te mai departe, fără să cauţi explicaţii şi interpretări, oricât de tentante ar fi. Continuă doar să exişti şi să vezi cum exişti.

*Şi dacă o **minusculă gâză** traversează ecranul sau spaţiul în care-ai pătruns, urmăreşte-o atent, foarte atent. Îi poţi zări linia fină a corpului ce pare-o nălucă, aripile-abia conturate – mai mult intuieşti. Presimţi şi auzi vibraţia discretă pe care-o produce când exersează zborul. Ea poate fi o libelulă sau o albină ori un fluture, dar orice ar fi, încearcă să distingi cât mai multe **detalii**. Încet, foarte-ncet, caută să difuzezi în micuţa fiinţă, fii una cu ea. Încotro zboară? Ce simte? Ce vrea? Şi ce face? Răspunde-ţi la toate aceste-ntrebări şi revino...*

*Dar cum ar fi dacă deodată te-ai face **pădure**, adâncă şi vie şi absorbantă, prin care respiră miliarde de fiinţe deodată?!... Te-ai gândit să renunţi? Ei bine, fii doar conştient de tentaţia ta şi lasă-te în această căutare atent, urmează-ţi **răbdarea**...*

*Acum te întorci într-o lume ceva mai familiară, în care aproape-ai uitat să exişti (conştient), dar ai învăţat să trăieşti conştiincios, printre case, maşini, străzi, oameni, gunoaie... Alege să fii **semaforul** din intersecţia ta preferată. Trăieşte experienţa de a fi Semafor, mai întâi... Ce vezi? Ce auzi? Ce simţi faţă de cei pe care-i ghidezi, cum se comportă faţă de tine? Ce crezi? Ce gândeşti? Ce aştepţi? Şi ce vrei? Te temi de ceva?*

Acum eşti brusc, deconectat. Eşti defect. Ce se întâmplă? De cine depinzi? Şi ce se alege de cei pe care-i ghidezi? Cine te-ascultă, cine te întreabă, cine te ignoră, cine te-njură? Cui îi lipseşti şi cui nu? Cine se plânge şi cine se bucură de noua ta stare?... Şi câţi dintre ei s-au accidentat ori poate-au murit de când tu eşti deconectat de la sursa de care depinzi?

Sau poate că doar becurile tale s-au ars. Le înlocuieşte cineva? Cum procedezi? Eşti doar un biet Semafor înrădăcinat, imobil, mâncat de rugină, la intersecţia dintre cele mai circulate artere? Sau poate vei fi-nlocuit cu un altul mai bun, după ce mai întâi vei fi smuls şi dus la groapa comună sau retopit pentru alte scopuri mai noi?! Şi-n tot acest timp fii conştient de stările tale, de limitele în a te recondiţiona şi a trăi, de dependenţele tale.

Întoarce-te acum la gâza pe care nu demult ai experimentat-o. Compară-ţi starea actuală cu cea de atunci... Ce preferi – să fii gâză sau semafor? Ai să-mi spui că ea depinde mai curând de ea însăşi, de voinţa ei de-a zbura, în vreme ce el depinde de sursa de energie şi de scopul său. Ea este liberă şi el depinde de altcineva sau ceva. Perfect adevărat... Dar tot tu revii şi-mi spui amuzat că-i plăcut să ghidezi, să fii important şi să fii reparat. E comod... în vreme ce gâza năucă e complet ignorantă şi zboară bezmetic oriunde îi vine, când vrea, fără rost.

Imaginează-te pe rând, gâză şi semafor, încă o dată, repetă, observă-te cu răbdare, iar şi iar. Într-un târziu, te aduni şi retrăieşti nostalgia de a fi gâză şi apăsarea de a fi semafor. Iar compari... Când eşti mai aproape de tine? Cine eşti sau ce eşti?

MAREA ŞI ŢĂRMUL
Arta convieţuirii creatoare

După ce Dumnezeu a hotărât să separe pământul de ape, s-a instituit o regulă simplă de convieţuire între Mare şi Ţărm – Flux / Reflux, Creştere / Descreştere, Construcţie / Distrucţie.

Marea şi Ţărmul funcţionează perfect de milioane şi milioane de ani, respectând acest principiu divin, unul prin intermediul celuilalt, unul împreună cu celălalt.

Când Marea este în flux, ea aduce cu sine Ţărmului, drept ofrandă, o parte din vietăţile ei, dar şi o parte din reziduurile transformate ale Ţărmului, pe care tot ea le-a preluat cu refluxul anterior. Apoi se retrage şi-i deschide Ţărmului spaţiul necesar să se dezvolte, să se construiască, să se transforme pe seama asimilării creatoare a „darurilor primite", să se extindă, pierzând totodată câte ceva din forma sa veche, să crească. Marea îl îmbogăţeşte şi-l spală în acelaşi timp, îl umple şi-l erodează, îl otrăveşte prin depunerile ei, dar îl şi purifică totodată.

El creşte într-un fel pe seama Ei, asimilând aluviunile şi într-un alt fel pe seama Lui, înglobând şi transformând perpetuu propriile-i deşeuri, pe care tot Marea, păstrătoare dar şi transfiguratoare i le readuce. De fapt amândoi participă la un proces de reconstruire mutuală, de ***convieţuire creatoare****, dar în egală măsură se limpezesc şi se înnămolesc unul prin intermediul celuilalt la graniţa lor, mai curând virtuală decât reală.*

El se lasă construit şi distrus parţial de Ea.

Ea îi facilitează dezvoltarea, modelându-l încetul cu încetul, dar redăruindu-i tot ce i-a luat cu delicateţe sau cu impetuozitate, în culmea furiei, atunci când înfometată, îl inundă spre a-şi hrăni miliardele de fiinţe ce o alcătuiesc. Apoi, când apele se liniştesc, Ea îi readuce daruri, oferta sa de viaţă ce a decis s-o lase să se scurgă în materie pe care am putea-o numi „moartă", dacă nu am greşi profund. Scoicile, crabii, peştii ce nu mai pot respira, meduzele, stelele de mare şi felurite alge şi tot ce-i prisoseşte, Marea strângătoare, dar şi generoasă le depune la picioarele Ţărmului. Iar El creşte, se dilată, transformă deşeurile-daruri în nisip în care-şi creşte ciudăţenii de arbuşti uscaţi şi rezistenţi, cu delicate flori, apoi, cu vremea, le alchimizează-n humus din care cresc grădini, livezi şi vii...

Iar când demult se va fi-ndepărtat de Mare, bogatul Ţărm devine chiar Câmpie din care se hrănesc imense holde. În fiecare bob de grâu desigur, dacă priveşti cu luare-aminte, poţi intui ceva din forma unei scoici ori a vreunui peşte şi dacă ai s-asculţi atent, vei prinde respiraţia egală cu a Mării de demult şi de departe.

Şi câtă vreme regula simplă a conviețuirii dintre Țărm şi Mare se păstrează, relația lor rămâne creatoare şi paradoxal stabilă. ***Fiecare creşte şi descreşte pe seama celuilalt şi astfel rămân mereu în echilibru.*** *Fiecare îl naşte, îl ajută şi-l asistă într-un anume fel pe celălalt, dar fiecare se bucură, rodeşte şi se transformă pe cont propriu, fiecare e fericit prin el însuşi, dar şi prin intermediul celuilalt.*

În felul acesta, ei ne oferă modelul desăvârşit al ***interdependenței creatoare****, bazată pe cooperare prin complementaritate şi al respectării mutuale a evoluției autonome. Astfel, ei ridiculizează competiția şi agresivitatea în natură, dovedind inutilitatea şi absurdul acestora în relațiile armonioase şi evolutive dintre părțile lumii. Se poate clar citi că* ***regula simplă după care funcționează e acceptarea şi iubirea unificatoare, creatoare şi eliberatoare, iar iubirea dintre părți e echilibru.***

Tot astfel, relațiile dintre oameni au şansa de a evolua după acest principiu pe care Apa şi Pământul, în relația lor spontană, l-au validat în milioane de ani. Atunci când această regulă de aur funcționează în cuplu, în familie, în prietenie, în relațiile comunitare, în societate – echilibrul, pacea, eficiența şi satisfacția se mențin, iar dezvoltarea personală este în egală măsură şi dezvoltare interpersonală. Dar, ori de câte ori regula conviețuirii creatoare este încălcată, costul şi impactul transformărilor mutuale sunt periculoase.

Când unul se manifestă, se exprimă şi acționează ***excesiv****, efectul lui nu mai este facilitator, catalizator şi stimulativ, ci dimpotrivă, dăunător celuilalt şi lui însuşi. Astfel, o persoană care nu-şi exercită vocația naturală a generozității, limpezirii şi construirii conştiente de sine şi de altul, îl poate limita sau desființa pas cu pas pe acesta, autolimitându-se sau degradându-se în acelaşi timp pe sine. După cum excesul de generozitate poate fi la fel de păgubitor, pervertindu-se în intruzivitate şi control subtil.*

Interconexiunea, ca principiu de organizare şi funcționare a lumii, ne determină să respectăm regulile divine ale Jocului, iar a fi un Jucător de elită înseamnă în primul rând a fi unul modest, natural şi spontan, dar perfect responsabil sau conştient de Sine şi de impactul său asupra partenerilor de Joc. ***Uitarea de Sine, fie doar şi pentru câteva clipe, poate avea consecințe imediate, dar mai ales la distanță.*** *Pentru că ceea ce într-un moment şi într-un context anume poate fi „un fir de praf", nimerit din întâmplare, într-un alt context (cum ar fi cel al relațiilor umane), pe termen lung poate declanşa un dezechilibru de proporții la scara întregii naturi sau a întregului sistem. Şi astfel nesemnificativul fir de praf conține excesul de colb ce poate acoperi o oglindă, care la rându-i limitează sau distorsionează imaginea realității, înstrăinându-i pe oameni unii de alții şi de ei înşişi, introducând reguli şchioape şi jumătăți de măsură în tranzacțiile lor cotidiene, ca şi în cele viitoare.*

În astfel de condiții apare exercițiul competiției exagerate sau cu orice preț, nutrit de o slabă sau neclară imagine de sine și de cecitatea funcțională a orgoliosului care în locul unei banale perechi de ochelari (fie și de soare, atunci când lumina devine mult prea puternică), preferă să-și ***imagineze*** *conturul lucrurilor, decât să le vadă. Iar jocul de-a competiția exagerată ca falsă dispută a unei false puteri duce inevitabil la conflict sau război, cu pierderile inerente, atât de partea învinsului, cât și de partea învingătorului. Și dacă istoria socială nu ne-a convins încă, din păcate, că nu există cu adevărat învingători și învinși, călăi și victime, ci doar coparticipare la distrucție și pervertire colectivă, Natura ne reamintește perpetuu de codul regal al conviețuirii perfecte, singura sursă de sănătate, armonie și putere. Și tot Natura, în infinita și spontana ei înțelepciune, ne atrage atenția că orice exces în funcționarea regulii Jocului dintre Mare și Țărm transformă inevitabil habitatul planetar, cadrul de viață.*

Imaginați-vă pentru o clipă cum ar fi o planetă fără pic de apă, dar bine consolidată, fermă și dură, probabil un bolovan neînsuflețit, călătorind prin univers (ori poate doar un banal și mort meteorit) sau chiar o sferă acoperită cu nisipuri veșnice, un deșert nesfârșit...

Imaginați-vă, de asemenea, cum ar fi o planetă acoperită în întregime de ocean, ca după un potop apocaliptic. Pretutindeni, doar nesfârșite întinderi de ape...

Atunci când competiția devine oarbă și furia, frustrația, orgoliul, egocentrismul, inflexibilitatea și intoleranța, importanța de sine și ostilitatea exacerbează întreaga energie a agresivității și devenim doar „Mare furioasă" sau „Pământ ce erupe", atunci când inundăm, răvășim, smulgem și înghițim sau zdruncinăm, ardem, acoperim, evaporăm ori topim cu lava noastră fierbinte pentru a îngheța și mortifica apoi „teritoriile" celuilalt, demonstrăm încălcarea flagrantă a regulii naturale de conviețuire, iar interiorul nostru nu face altceva decât să oglindească efectele. Devenim singuri întemnițați în capcana victoriei, aparent puternici și unici, vulnerabili câștigători ai Jocului Puterii, experimentăm gustul amar al unei puteri fără martori sau al unui mesaj fără destinatar. Am ales astfel să trăim fie experiența de-a fi absurdul Ocean care nu mai locuiește între brațele primitoare ale unui Țărm, ci doar pe spinarea lui nisipoasă și amorțită, fie pe cea a unui bulgăre pietrificat sau a unui deșert atotcuprinzător pentru care bucuria rodirii este interzisă, în absența oricărei picături de apă.

Se-ntâmplă să fii chiar acum Ocean unic sau Deșert planetar și ce simți? Află atunci prin ce, cum și când ai încălcat regula simplă prin care ți-ai transformat habitatul atât de armonios conceput într-un banal și stupid ring de luptă...

Și dacă nu simți cu adevărat vreun câștig, ci doar o pierdere și un dor imens de cel pe care iată, ai reușit să-l elimini, devorându-l, consumându-l, asimilându-l, ei bine, aceasta te-ar putea propulsa în căutarea unui alt adversar-partener și experiența s-ar putea repeta.

Abia când sesizezi că ***orice câştig e egal cu o pierdere*** *şi că iluzia luptei e un film ce poate rula la infinit într-o sală de cinematograf cu un singur spectator – tu însuţi, te poţi simţi saturat până la plictis, până la greaţă... Şi brusc şi firesc redescoperi acum regula simplă a Jocului dintre Mare şi Ţărm. De la o vreme, poţi reînvăţa bucuria echilibrului, poţi deprinde arta dansului în doi şi chiar în mai mulţi, înţelegând totodată* ***ce îl diferenţiază pe desăvârşitul Războinic de desăvârşitul Artist.***

Dar nu uita, fiecare dintre ei îl conţine pe celălalt, dar alege să respecte sau nu, acum şi aici, regula simplă a coevoluţiei creatoare.

Tu ce experimentezi deocamdată şi la ce te aştepţi?...

JOCUL DE ŞAH

O meditaţie asupra schimbării perspectivei

Imaginează-ţi o clipă că eşti unul dintre pionii de pe tabla de şah care tocmai a fost eliminat, sacrificat sau câştigat şi, prin nu se ştie ce mirabilă întâmplare – creşti brusc şi devii Jucătorul de şah.

Te afli în faţa tablei pe care n-ai văzut-o niciodată de sus sau dinafară şi care pentru tine, până acum, fusese un spaţiu familiar definitiv încheiat, chiar dacă nu i-ai cunoscut pe de-a-ntregul limitele şi posibilităţile. Probabil că uneori ţi-a trecut prin minte că ar mai exista şi altceva în afara acestui spaţiu ale cărui reguli şi tranzacţii în mişcare le-ai cunoscut (oare?!) şi practicat (cert!). Ei, doamne! Ce neant atrăgător prin necunoscut, dar care totodată îţi taie respiraţia („dacă am să cad dincolo?!")...

Ai experimentat din interior regulile Jocului şi arta de a le recunoaşte, de a te supune, de a-ţi înţelege (oare?!) rolul şi sensul, relaţiile cu vecinii – regi, cai, nebuni sau pioni... Te-ai obişnuit cu mediul mereu compartimentat în pătrate egale, albe şi negre, perfecte, uşor lucitoare, uşor alunecoase la suprafaţă, dar oricum, frumos de previzibile, sigure, stabile.

Ai simţit mereu că te poţi învârti pe acolo, de-o parte şi de alta a tablei de şah, că poţi fi însemnat pentru unii, un pericol pentru alţii, folosit, supus, negociat, dăruit, oferit drept trofeu, sacrificat, respins, consemnat, aruncat, pedepsit, recunoscut sau pur şi simplu, înnobilat, ridicat la rangul de potenţial rege sau regină.

Ai dedus că transformarea ta ar fi teoretic posibilă dacă accepţi întotdeauna ceea ce eşti, exercitându-ţi atribuţiile până la suprema perfecţiune – adică un pion cu sarcini şi reguli precise de funcţionare. Un pion onest, liniştit şi pur, repetând la infinit numărul lui limitat de „mutări", pentru că, nu-i aşa, regulile de mişcare sunt fixe.

Probabil că, în taină sau în puținele clipe de răgaz, ai visat să fii altcineva, un pion mai disponibil, mai liber și mai bogat, mai divers în mișcări și mai cunoscător, dar, vai!, cum s-o poți face, pentru că asta ar însemna un alt joc, în nici un caz Jocul de șah?!...

...Și apoi, pe tabla de șah totul e ordonat și frumos, iar respectarea regulilor asigură un număr nelimitat de șanse și strategii de a lovi adversarul, de a deveni coparticipant la victorie ori la înfrângere.

Ai încercat pe rând sentimentul amețitor al câștigului, ca și pe cel umilitor al pierderii, ai experimentat gustul dulce al puterii și amărăciunea neputinței. Și ce mai contează dacă nu ai știut niciodată cui îi aparține cu adevărat puterea sau neputința, pe cine anume exprimă și cui servește?! Important pentru tine e că ți-ai făcut datoria, ai participat la triumf și la pierdere. Și probabil că în clipele tale de succes te-ai simțit cu doi centimetri mai înalt decât ești pentru că, a aparține unei echipe victorioase, îți dă brusc impresia că ești văzut mai puternic și chiar ajungi să-ți uiți dimensiunea fixă a formei bine cizelate, de șase sau zece centimetri, atât cât ți-a fost proiectată atunci când cineva sau ceva te-a modelat în lemn, în fildeș, în os ori în banalul „material plastic".

Și evident, atunci când adversarul a fost mai puternic, ai resimțit că ești o rotiță la fel de stricată, de inutilă, de mizerabilă, de slabă, ca și tot grupul căruia îi aparții, pentru care-ai luptat.

Acum, iată, printr-un capriciu al soartei, al întâmplării, te trezești brusc în pielea Jucătorului, de care habar nu aveai că există; nici nu bănuiai că cineva îți gândește, programează, anticipă și evaluează fiecare mișcare a ta pe tabla de șah.

Și iată, acum poți vedea cât de mică e tabla de șah pe care tu o credeai până deunăzi atât de mare, aproape nelimitată, definitivă, perpetuă; cât de monotonă și simplă prin regulile ei fixe, cât de „pătrată"...

O poți privi cu ochi de jucător, în toate amănuntele, îi poți zări până și firele de praf și slabele sclipiri pe care unele „piese" le reflectă după ce se încălzesc sub razele nu tocmai generoase ale unui bec banal de 40W.

Privești jocul și ești conștient că-n orice clipă, printr-o mișcare greșită, neatentă sau obosită, poți să dărâmi nu numai piesele, dar și tabla de șah. Contempli tot acest mic univers previzibil și repetitiv și-ncerci să imaginezi o mutare care să-l scoată din monotonia sa, care să-i crească eleganța sau adâncimea, care să-i îmbogățească sensul.

Dar ce regulă ai mai putea introduce când oricât de multe „variante" de mutare ar fi, miza Jocului rămâne aceeași: ***cine învinge pe cine?*** *Adică ce înseamnă asta – că cineva învinge pe altcineva?! Că cineva e mai tare și cineva e mai slab?! Că cineva rămâne, este păstrat și cineva pleacă, este expulzat?! La urma urmelor, când ești în afara tablei de șah poți, în sfârșit, să experimentezi*

mirosul particular al mesei pe care era sprijinită tabla de şah (şi doamne, nici nu bănuiai că există, pentru că ori de câte ori aterizai pe ea, tu erai „mort"). Acum, aici, poţi simţi temperatura lemnului nelustruit sau să te minunezi de transparenţa sticlei, ori să vezi o infinitate de forme şi culori pe care nici măcar nu le poţi denumi, defini şi recunoaşte. În schimb, le poţi cunoaşte...

Acum eşti ***martorul simultan al tablei de şah şi al exteriorului ei, al spaţiului în care ea trăieşte,*** *respiră, pluteşte (deşi altădată credeai că e bine fixată, aşezată) – punct umil, concentrat, în care se-ntâmplă mereu acelaşi lucru: cineva se luptă cu altcineva, pe viaţă şi pe moarte. Cineva încearcă să ocupe spaţiul altcuiva, să-l cucerească, să se extindă pe orizontală prin eliminarea celuilalt. Şi asta ce mai e şi pentru ce şi de ce şi încotro şi cum şi de unde şi prin ce?...*

E suficient să experimentezi o singură dată ***postura Jucătorului*** *pentru a te inunda brusc o* ***infinitate de întrebări****. Şi fiecare întrebare naşte o alta. Cu cât explorezi mai adânc şi mai larg, cu cât eşti mai atent, constaţi că viteza de apariţie a întrebărilor este atât de mare, încât răspunsurile nu mai au loc de circulaţie, se suprimă, ele pur şi simplu nu mai vin, nu mai pleacă, nu mai sunt. Eşti într-un ocean de întrebări în care pluteşte adormit un grăunte nisipos de răspunsuri.*

Te simţi brusc eliberat de tabla de şah, de masa la care stai, de scăunelul familiar şi observi că toate tablele de şah din spaţiul de AICI, în care joci, sunt identice şi că locurile cel mai puţin explorate sunt atât de diverse, atât de imprevizibile, atât de promiţătoare, atât de năucitoare, încât începi să te întrebi ce jocuri se practică ACOLO şi dacă, nu cumva, miza şi sensul acelor jocuri nu sunt, în sfârşit, altele...

Începi să te bucuri fără să ştii de ce, chiar aşa, te bucuri că în sfârşit nimic nu se mai repetă şi fiecare clipă pe care o trăieşti acoperă ***o altă realitate*** *– fascinant de bogată, de nouă, de diversă, miraculos de frumoasă.*

Revii la vechea ta tablă de şah şi înţelegi că singura şansă e să negociezi cu „piesele" tale un program de mutaţie interioară, de creştere, de autotransmodelare pe lungă durată, mai bine zis la infinit, pentru că, nu-i aşa, singura soluţie este accesul la verticală, pentru ca nimeni să nu mai învingă pe nimeni şi fiecare să se-nvingă pe sine pentru a putea explora nelimitatele spaţii de mai sus, de mai jos, de oriunde...

Şi-ncerci să afli cum ar putea izbucni, cum s-ar putea provoca (activa?) în minunatele piese de şah – din fildeş, din os, din lemn sau chiar în cele din plastic, ceva viu şi adevărat care să le schimbe consistenţa, opacitatea, care să le facă mai dinamice, mai uşoare, mai deschise, mai limpezi, mai transparente, mai curajoase, mai puternice, mai solare. Cum ar putea deveni mai libere? Cum de şi-ar putea reaminti starea lor de când erau păduri, elefanţi ori cine ştie ce alt animal ori petrol ori Dumnezeu ştie ce... Cum ar putea intra în contact viu, adevărat, cu sufletul lor din alt timp pentru a-şi creşte (cultiva?!) sufletul lor peste timp, măcar pentru a-şi reaminti că există?!

Şi ca orice Jucător cinstit, care în fiecare clipă riscă să piardă sau să câştige totul, îţi propun să experimentezi din nou spaţiul Tablei de şah, să redevii „piesă" (n-ai decât să alegi acum chiar şi rolul numit „rege/ regină") şi, reintrând în corpul acesta de împrumut, află cine mai eşti acum şi ce poţi face cu tine. Ce scop ai, ce doreşti şi-ncotro?

S-ar putea să te strângă forma în care ai reintrat, ori să te simţi ca şi cum încet, încet, ceva pleacă din tine, poate în sus, poate în jos, poate spre stânga, ori dreapta, ce mai contează?! S-ar putea să înţelegi că tu creşti şi, deodată cu tine, şi ceilalţi.

Acum eşti perfect conştient că aveţi ceva de făcut împreună, altceva decât aţi făcut până aici şi că jocul se cheamă de aici înainte Transformare de sine, Explorare, Mirare, Călătorie, Cunoaştere, Artă şi că-n timp ce faceţi toate acestea vă iubiţi între voi, deopotrivă, piese albe şi negre din care ţâşnesc o infinitate de culori şi lumini curgătoare.

Şi dacă te străduieşti puţin, poţi să te uiţi de jur-împrejur cu atenţie şi-ai să constaţi că însuşi pătratul în care erai aşezat la-nceputul experienţei devine cerc, un cerc alături de altele, multe, ce împreună alcătuiesc un cerc şi mai mare, o infinitate de cercuri, o sferă ce se rostogoleşte mereu către sus, în spirală. Eşti liber să-ţi numeşti Jocul oricum doreşti şi s-ar putea să devii jocul însuşi de la o vreme...

ÎNTREBĂRI

1. Care sunt principalele metode în cadrul orientării umanist-experienţiale în psihoterapie şi consiliere?
2. Care sunt principiile teoretice care stau la baza acestei orientări metodologice?
3. Ce metodă vă stârneşte interesul în mai mare măsură? Argumentaţi şi căutaţi date suplimentare în bibliografie, cu referire la respectiva metodă.
4. Ce implicaţii ar putea avea metodele experienţiale în dezvoltarea personală, în lumea contemporană?

TEME

- Reflectaţi asupra implicaţiilor pe care le pot avea metodele umanist-experienţiale în abordarea holistică, a persoanelor, familiilor, grupurilor, organizaţiilor şi colectivităţilor la început de mileniu III.
- Completaţi-vă cunoştinţele, citind în original sau în traducere lucrări ale autorilor menţionaţi în curs. Alegeţi cele mai interesante texte şi încercaţi să le comparaţi. Aflaţi care dintre aceşti autori sunt mai aproape de modul vostru de a simţi şi gândi. Realizaţi un eseu pe o tematică aleasă de voi, valorificând anumite texte din autorul preferat.

MODUL III
Abordările comportamentale

(în prezentarea acestui modul utilizăm sistematizarea realizată de Ioana Stancu, 2005, p. 111-122.)

Abordările comportamentale au apărut ca o reacție la cele psihodinamice, ce puneau accentul pe forțele inconștiente, abisale ale psihismului și pe funcția eliberatoare de simptome psihice a „insight-ului". Spre deosebire de acestea, **abordările comportamentale centrează procesul de consiliere/ psihoterapie asupra manifestărilor comportamentale, asupra simptomelor.** Clientul care vine la consiliere prezintă comportamente dezadaptative și rostul consilierii/ terapiei este de a-l ajuta să le elimine și să le înlocuiască cu altele, adaptative. Abordările comportamentale au ca fundament teoretic curentul „behaviorism" din psihologie, care consideră că personalitatea umană „se structurează și funcționează în raport de stimulii exteriori, de situațiile, rolurile și interacțiunile sociale și nu de forțele psihice interne, abisale" (Irina Holdevici, 1996, p. 55).

1. Abordarea comportamentală clasică

- **Concepția asupra personalității umane**

Cei care au elaborat teorii comportamentale asupra personalității umane sunt: Dollard și Miller, Eysenck, Krumboltz, Lundin, Mowrer și Skinner. Deși există diferențe în modalitățile de a explica personalitatea umană, toți aceștia sunt de acord asupra a mai multor idei:

* studiul personalității umane înseamnă studiul comportamentului;

* mediul și experiențele individului determină dezvoltarea personalității, astfel încât diferențele dintre persoane au legătură cu experiențele lor de viață diferite;

* dualismele corp-minte, corp-spirit nu sunt relevante în dezvoltarea, predicția și controlul comportamentului uman;

* deși în dezvoltarea personalității există niște bariere fixate genetic, totuși mediul are rolul dominant.

Dintre **conceptele de bază** ale behaviorismului, două au influențat mai mult procesul de consiliere/ terapie: *întărirea* și *controlul*.

Întărirea se referă la stimulii care, adăugați comportamentului, cresc probabilitatea de manifestare a lui. Există întăriri pozitive și negative. Conceptul de *„control"* este strâns legat de cel de „întărire", căci prin administrarea întăririlor există posibilitatea de control a comportamentului.

În perspectiva behavioriştilor persoana normală dispune de un set de atitudini, valori, comportamente adaptative, iar problemele psihice nu sunt decât fenomene învăţate: reacţii emoţionale şi deprinderi de viaţă dezadaptative.

• Procesul de consiliere/ psihoterapie bazat pe abordarea comportamentală

Dacă dezvoltarea personalităţii este văzută de comportamentalişti ca o rezultantă a unui proces de învăţare, şi consilierea/ psihoterapia este tot un proces ce presupune învăţarea.

Astfel, consilierea/ psihoterapia înseamnă, în această viziune, ***eliminarea simptomelor şi a comportamentelor dezadaptative şi învăţarea unor modele de comportament mai eficiente.***

În consilierea comportamentală, ca în orice sistem de consiliere şi psihoterapie, este esenţială ascultarea atentă, acceptarea şi înţelegerea clientului ca o entitate unică. O relaţie pozitivă dintre client şi consilier este necesară pentru ca, pe de o parte, consilierul să înţeleagă exact problemele clientului, iar, pe de altă parte, acesta să fie motivat pentru a accede la procesul complex şi dificil al modificării comportamentului.

Tehnicile consilierii/ psihoterapiei comportamentale (după Coleman, Bucher, Carson şi sistematizate de Irina Holdevici, 1996) sunt:

Tehnica stingerii comportamentelor nedorite - comportamentele dezadaptative îşi reduc frecvenţa de apariţie şi apoi se sting dacă nu le mai întărim corespunzător.

În tratamentul tulburărilor anxioase sunt folosite două modalităţi de stingere a comportamentului nedorit (în acest caz, anxietatea): *tehnica implozivă* şi *tehnica expunerii.* Ambele tehnici au ca premisă ideea că anxietatea, ca reacţie condiţionată la anumiţi stimuli, poate fi depăşită prin confruntarea cu situaţia anxiogenă în condiţii de deplină siguranţă. În cazul tehnicii implozive, confruntarea cu situaţia anxiogenă se realizează în plan imaginar şi în stare de relaxare, spre deosebire de tehnica expunerii, unde confruntarea se realizează chiar în realitate.

Tehnica desensibilizării sistematice. A fost elaborată de Wolpe (1969) şi reprezintă o metodă prin care clientul este învăţat să rămână calm în situaţii anxiogene. Ea are mai multe etape:

a) învăţarea relaxării - în primele şedinţe de consiliere;

b) stabilirea ierarhiei stimulilor anxiogeni;

c) procedeul desensibilizării.

În timp ce clientul este relaxat, consilierul/ terapeutul îi descrie acestuia situaţii diferite, începând cu cele neutre din punct de vedere anxiogen, până la cele puternic anxiogene. Durata unei şedinţe este de 30 min. şi se desfăşoară de 2-3 ori pe săptămână.

Tehnica desensibilizării sistematice s-a dovedit utilă într-o serie de situaţii, cum ar fi: reducerea tracului de examen, fobii, tulburări anxioase, cât şi unele cazuri de impotenţă şi frigiditate.

Tehnica aversivă - presupune înlăturarea modelelor nedorite de comportament prin sancţionarea acestora. Sancţiunea constă fie în retragerea întăririlor pozitive, fie în aplicarea de stimuli aversivi.

Deşi utilizată pentru o serie de deprinderi greşite (mâncat excesiv, fumat, alcoolism, dependenţă de droguri, deviaţii sexuale), actualmente nu se mai foloseşte datorită aspectelor etice implicate, cât şi faptului că noile comportamente dezirabile induse prin această metodă nu au tendinţa de a se generaliza şi la alte situaţii decât strict la cele asupra cărora s-a acţionat direct.

Metoda modelării - învăţarea unor modele dezirabile de comportament prin imitarea unor persoane.

Tehnica asertivă constă în învăţarea exprimării deschise şi adecvate a gândurilor şi sentimentelor. Ea este indicată persoanelor timide şi celor care au dificultăţi în stabilirea contactelor interpersonale.

Alte tehnici de modificare a comportamentelor nedorite au fost descrise de Dan David, 2000, p. 58-61. Acestea sunt:

Tehnica Premark. O activitate cu frecvenţă mai mare poate funcţiona ca întărire pentru o activitate cu frecvenţă mai mică, căreia dorim să-i creştem frecvenţa. Prima activitate trebuie să-i urmeze imediat celei de-a doua.

Tehnica este indicată pentru consilierea copilului, psihoterapia depresiilor, psihozelor şi în cazurile de autism.

Tehnica contractului. Contractul este o înţelegere scrisă între două sau mai multe persoane prin care se stabileşte explicit modul de relaţionare reciprocă:

a) care este comportamentul fiecărei persoane;

b) care sunt consecinţele executării lui.

Indicaţiile tehnicii sunt: consilierea cuplului, consilierea adolescentului în relaţiile lui cu familia, consilierea de grup.

Tehnica amorsajului. Se accelerează un comportament dorit producând condiţiile în care el apare. De exemplu, pentru a-i stimula unui copil dorinţa de a citi, este bine să-i asigurăm în camera lui o bibliotecă.

Tehnica saţierii. Un comportament dezadaptativ se reduce dacă exagerăm întărirea sa.

Tehnica paradoxală. Se cere clientului să amplifice frecvenţa comportamentului dezadaptativ. Este indicată când comportamentul este strâns

legat de anxietatea de performanță. Tehnica duce la scăderea frecvenței comportamentului nedorit datorită scăderii anxietății de performanță.

2. Abordarea cognitiv-comportamentală

Bazele abordării cognitiv-comportamentale au fost puse de A. Beck, care a elaborat atât o teorie structurală asupra depresiei, cât și o teorie psihologică care a fost apoi definitivată de A.T. Rush și colaboratorii săi.

Abordarea cognitiv-comportamentală leagă cogniția persoanei de comportamentul ei, considerând că felul de a se comporta al unui individ într-o anumită situație depinde de caracteristicile situației și de modalitatea în care acesta o interpretează. Corolarul acestei idei este că, **pentru a schimba comportamentul ineficient al persoanei, trebuie să intervenim asupra felului în care aceasta interpretează situațiile.**

Conform acestei abordări, problemele din sfera psihică sunt un rezultat al predominanței gândurilor negative și a convingerilor disfuncționale, astfel încât în tratamentul acestora se urmărește identificarea și înlocuirea acestora cu altele pozitive, realiste și funcționale.

Metodele și tehnicile abordării cognitiv-comportamentale pot fi grupate în două categorii:

1. *Metode de identificare a gândurilor negative*:

- discutarea unei experiențe stresante recente (se descrie detaliat experiența, luându-se în calcul senzațiile, emoțiile și gândurile aferente);
- retrăirea evenimentelor anxiogene pe plan imaginativ sau prin intermediul jocului de rol și analiza trăirilor psihice aferente;
- analiza gândurilor asociate modificărilor de dispoziție din cadrul ședinței de consiliere.

2. *Metode de modificare a gândurilor negative și comportamentelor aferente*:

- explicarea de către consilier clientului a relației dintre gândire, afectivitate și comportament;
- informarea clienţior asupra mecanismelor anxietății;
- distragerea clienților de la gândurile negative, prin implicarea lor în diverse activități;
- programarea activităților;
- explicarea clienților a unor principii de planificarea riguroasă a timpului;
- verificarea veridicității gândurilor negative automat asociate unor situații.

3. Abordarea rațional-emotivă

Această abordare a fost inițiată de Albert Ellis. La baza ei stă concepția autorului despre modalitatea oamenilor de a-și crea probleme. Ellis considera că probemele noastre sunt consecința felului în care gândim. Oamenii au o tendință egală de a gândi atât rațional, cât și irațional, iar convingerile și ideile iraționale sunt cele care stau la baza tulburărilor din sfera psihică. Acestea sunt învățate devreme, în cadrul educației, iar uneori sunt trecute de la o generație la alta cu titlul de „înțelepciune". De fapt sunt prejudecăți, superstiții, absolutisme de genul „ar trebui", „trebuie", „întotdeauna", „niciodată", la care oamenii pot renunța în cadrul procesului de consiliere/ psihoterapie, devenind mai sănătoși.

Această abordare operează cu paradigma ABC, care stipulează că secvențele procesului prin care iau naștere problemele, tulburările emoționale sunt:

A. un eveniment care i se întâmplă persoanei;
B. gândurile iraționale asociate faptului trăit;
C. emoțiile născute de ceea ce gândește persoana.

Conform acestui model, acțiunea de consiliere sau terapeutică **se va focaliza asupra gândurilor și nu asupra emoțiilor**, care sunt doar o consecință a primelor.

Procesul de consiliere este unul **activ și directiv de scurtă durată** în care clientul este ajutat prin diverse metode să renunțe la gândirea sa irațională.

Metodele utilizate în cadrul acestei abordări sunt:

- *studierea unor materiale* pentru învățarea felului în care oamenii se perturbă prin intermediul gândirii;

- *temele pentru acasă* (de ex. să facă liste cu gândurile negative; să scrie dezavantajele fumatului, în cazul fumătorilor etc.);

- *identificarea situațiilor stresante și analiza gândurilor și emoțiilor aferente* - importantă este evaluarea veridicității ideilor rezultante din situația respectivă;

- efectuarea unor *sarcini cu caracter imploziv* de 10-20 de ori pe zi, atât în plan real, cât și imaginar (de ex. cuiva cu frică de lift i se cere să meargă cu liftul de multe ori pe parcursul unei zile);

- clientul este ajutat *să discrimineze între stările afective raționale* (frică, tristețe, frustrare, nemulțumire etc.) și *cele iraționale* (panică, depresie etc.);

- Ellis utiliza *umorul* în ședințele terapeutice, ca modalitate de întrerupere a convingerilor iraționale;

- *jocul de rol*;

- *imageria*: clienții erau încurajați să-și imagineze răspunsuri pozitive pentru situații stresante.

4. Consilierea/ psihoterapia centrată pe realitate

Bazele acestei abordări au fost puse de W. Glasser, care în 1967 a înființat „Institute for Reality Therapy". La baza acestei abordări stă teoria alegerii: în orice împrejurare noi alegem tot ceea ce facem, inclusiv nefericirea pe care o simțim, ceea ce înseamnă că deținem un control mai mare asupra vieții noastre, mult mai mare decât ne imaginăm. Este iluzoriu să credem că problemele noastre sunt determinate de exterior, când, de fapt, motivația faptelor și alegerilor noastre, atât a celor fericite, cât și a celor nefericite, se află în interiorul nostru.

Principiile consilierii/ terapiei centrate pe realitate sunt:

- de cele mai multe ori la baza problemelor este o relație umană nesatisfăcătoare;
- procesul intervenției este centrat pe prezentul clientului, iar nu pe trecutul lui („trecutul s-a dus, clientul nu mai poate schimba nimic în trecut, tot ceea ce poate face acum este să-și clădească un prezent mult mai eficient" - W. Glasser, 2000, p. 131);
- consilierea/ psihoterapia realității centrează clientul pe ceea ce alege el să facă în prezent și nu încurajează plângerile excesive;
- această abordare pune accentul pe responsabilitatea personală pentru tot ceea ce ni se întâmplă;
- rolul consilierului este acela de a-și asista clienții în planificarea unui comportament responsabil.

W. Glasser consideră că acest model poate fi aplicat nu numai în cadrul de consilere/ psihoterapeutic, dar și în școli, în relațiile familiale, în sfera educațională etc.

Abordarea nu necesită metode și tehnici speciale, ci este folosit dialogul sincer, deschis și adecvat situației.

ÎNTREBĂRI ŞI TEME DE LUCRU

1. Care sunt principalele metode de orientare comportamentală?
2. Care sunt obiectivele și specificul demersului terapeutic în metoda cognitiv-comportamentală?
3. Care sunt premisele și specificul metodei rațional-emotive?
4. Care sunt principiile de lucru în consilierea și terapia centrată pe realitate?

TEMĂ: Completați-vă cunoștințele, citind în original sau în traducere lucrări ale autorilor menționați în curs. Alegeți cele mai interesante texte și încercați să le comparați. Aflați care dintre acești autori sunt mai aproape de modul vostru de a simți și gândi. Realizați un eseu pe o tematică aleasă de voi, valorificând anumite texte din autorul preferat.

CAPITOLUL VII

Psihoterapiile de familie

Experienţa clinică ne-a dovedit că în dinamica diverselor tipuri de patogenii, ca şi în cea a evoluţiei bolnavilor sub tratament, factorul familial, prin natura complexităţii sale structurale şi funcţionale, este profund implicat. Adesea, pacienţii nu sunt decât „metafora" tulburărilor relaţionale şi de comunicare din familiile şi cuplurile lor. Acest fapt este foarte evident în cazul tulburărilor emoţionale, nevrotice şi comportamentale ale copiilor, dar nu numai. Aşa au apărut psihoterapiile de familie (P.F.). Ele se practică atât în clinică, cât şi în afara clinicii, în cabinete private sau în diverse organizaţii neguvernamentale şi centre de asistenţă a copilului şi familiei.

Specific:

- P.F. se adresează **întregului sistem perturbat şi relaţiilor intrafamiliale disfuncţionale**, în scopul reechilibrării şi optimizării rolurilor, graniţelor intrasistemice şi relaţiilor (emoţionale, sexuale, comunicaţionale, cognitive decizionale etc.). Ele au în vedere problemele graniţelor dintre generaţii, problemele identitare, dinamicile emoţionale dintre soţi, dintre părinţi şi copii, dintre fraţi, precum şi cele transgeneraţionale sau psihogenealogice (Iolanda Mitrofan, Diana Lucia Vasile, 2001; Iolanda Mitrofan, Cristina Denisa Stoica, 2004).
- În tratamentul complex al anumitor bolnavi, psihici şi psihosomatici, copii şi adulţi, terapiile de familie **asociate** sunt de neînlocuit, prin efectele lor benefice şi consonante cu paleta de proceduri medicale, psihoterapeutice, ludoterapeutice şi ergoterapeutice integrate în planul terapeutic curativ sau recuperator.

Teme foarte frecvente sunt: abandonul, culpabilitatea şi anxietatea de separare, conflictele şi lupta pentru putere, inadecvările în comportamentul de rol-sex, disfuncţiile sexuale şi afective, violenţa familială etc.

Consilierul psihologic sau şcolar, la rândul său, nu poate ignora impactul pe care familia îl are asupra fiecărui membru al său (Ioana Stancu, 2005, p. 141). Chiar dacă consilierul nu are întotdeauna pregătirea necesară pentru a aborda terapeutic familiile, el poate să utilizeze teoriile psihoterapiilor de familie pentru a înţelege mai bine dinamica familiilor şi felul cum indivizii sunt influenţaţi de aceasta, precum şi strategiile terapiilor de familie, astfel încât intervenţia de consiliere să fie mai eficientă.

Pentru a ajuta familiile să-şi îmbunătăţească interacţiunile dintre membrii săi şi atitudinile şi comportamentele acestora, terapeutul are nevoie să cunoască caracteristicile unei familii sănătoase, funcţionale. Sunt multe definiţii asupra unei familii sănătoase; fiecare sistem terapeutic de familie are propria sa listă de caracteristici pentru o familie funcţională.

Există o varietate foarte mare de familii, de la cele cu foarte multe probleme, până la cele fără probleme, astfel încât consilierul sau terapeutul trebuie să realizeze o evaluare a acestora, pentru a şti asupra căror caracteristici să intervină.

Vom prezenta în continuare, pe scurt, **câteva tipuri de terapii de familie, anume acelea care pot să aibă un impact mai puternic şi asupra procesului de consiliere** (mult mai frecvent practicat), cât şi asupra celui psihoterapeutic, atât din punct de vedere teoretic, cât şi practic. Sistematizarea terapiilor de familie de mai jos este realizată după cartea „Terapii de familie" (Iolanda Mitrofan, Diana Lucia Vasile, Editura SPER, Bucureşti, 2001), iar efortul de sintetizare a acestui material extensiv în sfera aplicaţiilor în consiliere îi aparţine Ioanei Stancu (v. şi op. cit., 2005).

• Terapia de familie a lui M. Bowen

Murray Bowen a dezvoltat o teorie psihodinamică de familie bazată pe ideea că fiecare familie este un sistem de relaţii emoţionale. Frecvent, în abordarea sa, Bowen se concentra asupra unui membru al familiei şi a felului cum se relaţionează acesta cu restul familiei.

Terapia de familie a lui Bowen are drept nucleu opt concepte interconectate:

- diferenţierea Sinelui,
- sistemul emoţional familial nuclear,
- triangularea,
- procesul proiectiv al familiei,
- distanţarea emoţională,
- procesul de transmitere multigeneraţională,
- poziţia de frate sau soră,
- regresia socială.

Diferenţierea Sinelui reprezintă „gradul relativ de autonomie pe care un individ îl păstrează, în timp ce rămâne în relaţie semnificativă cu ceilalţi" (Iolanda Mitrofan, Diana Lucia Vasile, 2001, p. 120).

În orice sistem familial, dar nu numai, există două forţe opuse, a căror interacţiune dă specificul familiei: forţa care îi determină pe membrii familiei

să rămână împreună și cea care care îi împinge spre individualitate. Rolul primar al consilierului este de a ajuta fiecare persoană să se desprindă din nediferențierea familială simbiotică, căci, cu cât diferențierea va crește, cu atât persoana va fi mai puțin vulnerabilă la stres, mai reponsabilă și mai rezistentă la presiunile familiei. Persoanele slab diferențiate sunt mai dependente emoțional, cele cu un nivel ridicat al diferențierii iau decizii în conformitate cu evidența empirică și mai puțin cu factori emoționali.

Sistemul emoțional familial nuclear se referă la modalitățile de relaționare emoțională dintre membrii familiei. Când nivelul anxietății crește într-o familie, membrii acesteia pot utiliza modalități diferite de a face față acestei situații: distanțarea emoțională, conflictele, proiecția problemei (sau concentrarea atenției) asupra unui copil, dezvoltarea unui sindrom fizic sau psihic la unul dintre soți. Cu cât o familie este mai fuzională, deci membrii ei sunt mai nediferențiați, cu atât nivelul anxietății este mai crescut.

Triangularea este „unitatea de bază a interdependenței în sistemul emoțional familial" (Iolanda Mitrofan, Diana Lucia Vasile, 2001, p. 124).

În acord cu Bowen, orice individ uman dispune de o anxietate de bază. Această anxietate crește când persoana intră într-o relație semnificativă emoțional și este cu atât mai crescută cu cât nivelul stresului la care este supusă relația este mai mare și cu cât cei doi sunt mai nediferențiați. Prin urmare, orice relație trece alternativ prin perioade de apropiere și îndepărtare a celor doi membri. Pentru a-și ține anxietatea relațională sub control, cei doi pot atrage în relația lor o a treia persoană, pentru că triada reprezintă o interacțiune mai stabilă. Oricum, triangularea este contraproductivă pentru individuare, pentru că în triade oamenii funcționează mai degrabă în registrul emoțional, decât cognitiv.

Oamenii aleg să se căsătorească cu indivizi cu un nivel al diferențierii similar cu al lor. Două persoane, dependente emoțional de familiile de origine, odată căsătorite, vor forma un nucleu emoțional instabil. Copiii acestor familii pot intra în triade emoționale cu părinții lor, constituindu-se în supape de descărcare a tensiunii maritale, cu consecințe negative asupra dezvoltării lor.

Procesul proiectiv al familiei se referă la faptul că „nivelul de diferențiere al părinților trece mai departe la unul sau altul dintre copiii lor" (Iolanda Mitrofan, Diana Lucia Vasile, 2001, p. 124).

Distanțarea emoțională este o modalitate de scădere a anxietății în cadrul familiilor fuzionale.

Procesul de transmitere multigenerațională. Membrii familiilor ce preiau transgenerațional modalități dezadaptative de adaptare emoțională tind să aibă urmași cu nivele de diferențiere mai scăzute decât ale lor.

Poziția de frate sau soră. Poziția pe care fiecare copil o are în sistemul fratern influențează comportamentul său.

Regresia socială - interacțiunile specifice familiilor pot fi observate și la nivel social, iar în cazul stresului cronic membrii unei societăți se comportă predominant emoțional.

Conform acestor concepte cheie, o familie sănătoasă este una în care membrii ei sunt diferențiați, comunică deschis și flexibil și prezintă puține comportamente simptomatice.

În terapia lui Bowen consilierul lucrează frecvent cu părinții copilului cu probleme, în loc de a lucra doar cu copilul sau cu întreaga familie. În relația de consiliere, consilierul ajută fiecare membru al cuplului marital să-și crească nivelul diferențierii atât față de soț/soție, cât și față de familia de origine, căci scopul intervenției este creșterea diferențierii Eului.

Cel mai frecvent instrument utilizat în cadrul acestei teorii este genograma, diagrama relațiilor intergeneraționale, care ajută clienții să se cunoască pe sine, precum și familiile lor. Înainte de a face schimbări este nevoie de a cunoaște bine caracteristicile fiecărui membru al familiei, precum și ale familiei, în ansamblu.

- **Terapia structurală de familie**

Principalul reprezentant al acesteia este S. Minuchin, un psihiatru argentinian, ce pune la baza terapiei de familie ideea de structură. Familia este mai mult decât o sumă de indivizi, în interiorul ei au loc o serie de interacțiuni conform unor reguli, explicite sau nu. Totalitatea acestor reguli constituie un întreg, o structură.

Pentru a înțelege ***terapia structurală de familie*** este nevoie să cunoaștem **conceptele ei de bază**: ***structură, subsisteme, granițe, ierarhie.***

Structura familiei constituie totalitatea pattern-urilor de interacțiune între membrii acesteia. De cele mai multe ori regulile ce guvernează relațiile familiale sunt nespuse, iar membrii familiei pot să nu fie conștienți de existența acestora. Frecvent membrii familiei nu știu cum s-a format această structură, iar pattern-urile pot fi schimbate numai printr-o decizie conștientă.

Cea mai bună modalitate prin care consilierul poate înțelege structura unei familii este observația interacțiunilor dintre membrii săi în contextul ședințelor de consiliere.

Fiecare familie este compusă dintr-o serie de *subsisteme*: fiecare individ, diada maritală, subsistemul adulților, subsistemul fratriilor, subsistemul celor de același sex, subsistemul celor cu interese comune etc. Fiecare individ are locul și rolul său în diverse subsisteme, iar atitudinile și comportamentul său variază în funcție de acestea.

Granițele interpersonale separă aceste subsisteme și reglează schimburile care se petrec la nivelul lor. Ele pot fi rigide, clare sau difuze.

În familiile cu granițe rigide, membrii familiei au puține contacte între ei, dar și cu cei din afara familiei. Ei nu sunt angajați nici unul față de altul, nici față de restul lumii. Slăbiciunea acestor familii constă în faptul că membrii săi nu-și pot oferi suport și afecțiune unul altuia.

În familiile cu granițe clare sunt promovate atât comunicarea dintre subsisteme, dar și autonomia acestora. De exemplu, părinții pot să aibă o comunicare bună atât între ei, dar și cu copiii lor și, în același timp, să le respecte autonomia specifică vârstei, același lucru fiind valabil și dinspre copii spre părinți.

Familiile cu granițe difuze sacrifică autonomia și libertatea pentru apropiere și suport. Aici nu există granițe clare între indivizi și între subsisteme. Membrii acestor familii au dificultăți de relaționare cu cei din afară și tind să fie foarte dependenți unii de alții. Ei au foarte rar interese, idei sau sentimente individuale. În același timp însă, ei își oferă suport maxim unul altuia. Părinții ce fac parte din familii cu granițe difuze sunt supraimplicați în activitățile școlare sau extrașcolare ale copiior lor.

Ierarhia ne arată cine are puterea deciziei în familie. Această putere este de obicei împărțită între indivizi sau între subsisteme, în funcție de context. Uneori se pot crea alianțe între diverși indivizi din familie cu scopul împărțirii puterii de decizie. De cele mai multe ori, în familii, puterea o dețin părinții, dar există și familii disfuncționale în care copiii au mai multă putere decât unul sau altul dintre părinți.

Procesul terapiei structurale de familie depinde de înțelegerea structurii, a subsistemelor, a granițelor și a ierarhiei familiale. Pentru a schimba anumite aspecte disfuncționale, consilierul trebuie să stabilească mai întâi relația terapeutică. Apoi urmează diagnoza structurală, adică identificarea caracteristicilor familiei conform conceptelor sus menționate. Consilierul este activ și directiv, punând membrii familiei în diverse situații astfel încât aceștia să conștientizeze felul în care ei interacționează. Ultima fază a terapiei este restructurarea familială, în care se urmărește dezvoltarea unei structuri de familie satisfăcătoare, care să permită satisfacerea nevoilor individuale, dar și a familiei, ca întreg.

- **Terapia experiențială a comunicării**

Acest tip de terapie a fost dezvoltat de Virginia Satir și se constituie ca un curent important desprins din terapia comunicațională.

Nucleul terapiei inițiată de Virginia Satir este comunicarea; ea credea că membrii unei familii pot fi învățați să comunice mai sincer și mai eficient. De fapt, criteriile pentru a stabili dacă o familie este sau nu sănătoasă sunt:

- comunicarea congruentă (fiecare membru spune ceea ce simte sau gândeşte fără să-i fie frică sau fără a fi rejectat);
- reguli flexibile, în funcţie de situaţie;
- roluri clare şi relaţii satisfăcătoare cu exteriorul.

Consilierul care abordează familiile în conformitate cu acest model trebuie să fie deci atent la pattern-urile de comunicare, la regulile şi rolurile din familie.

Un alt aspect important în terapia comunicaţională este încrederea în sine a membrilor familiei. Pentru a putea comunica onest, este nevoie de o bună imagine de sine, astfel încât consilierul acordă timp suficient, încă de la începutul terapiei, construcţiei unei imagini de sine pozitive la membrii familiei.

Punctul nodal al terapiei comunicaţionale este schimbarea pattern-urilor de comunicare ineficiente din familie. După Satir (apud J. Muro, T. Kottman, 1995, p. 277), există mai multe stiluri de comunicare **ineficiente**:
- concilierea (a comunica astfel încât să nu superi pe nimeni);
- dezaprobarea (a da vina pe ceilalţi şi a nu-ţi asuma responsabilitatea);
- comunicarea stil computer (se realizează strict în plan cognitiv, evitându-se emoţiile);
- distragerea (schimbarea subiectului când conflictul este iminent).

Satir descrie, de asemenea, şi stilul de comunicare **congruent**, ce constă într-o comunicare deschisă, congruentă, în directă legătură cu emoţiile şi gândirea proprii.

Procesul terapeutic. În acest curent consilierul învaţă membrii familiei să recunoască ce stiluri de comunicare folosesc şi în ce situaţii şi îi ajută să deprindă o comunicare congruentă: să-şi exprime deschis dezacordul, să vorbească despre fricile, speranţele şi dorinţele lor, să ceară informaţii suplimentare fără teamă, să ofere feed-back într-o manieră nonjudicativă, să empatizeze unul cu altul şi să diminueze mesajele ascunse din comunicare.

Regulile familiale sunt alt aspect important al terapiei. Multe familii cu probleme au reguli implicite pe care membrii acestora fie nu le cunosc, fie nu le respectă. Acestea împiedică comunicarea liberă şi deschisă. Prin intermediul jocului de rol, a diverselor jocuri simbolice, sculpturi de grup familial (adică configurări posturale simbolice, liber alese de participanţi), improvizaţie creatoare de tip plastic, dans, expresie muzicală etc. sau tehnici interacţionale, consilierul (terapeutul) ajută familia să recunoască aceste reguli şi să le schimbe.

- **Terapia strategică de familie**

Cei mai importanţi reprezentanţi ai acestei terapii sunt Jay Haley şi Cloe Madanes. Conform acestora, o familie funcţională este „un sistem deschis, cu graniţe bine conturate, clare şi care permit schimbul de informaţii în mod adecvat şi predictibil" (Iolanda Mitrofan, Diana Lucia Vasile, 2001, p. 143).

În terapia strategică, principalul scop al intervenţiei terapeutice este rezolvarea problemei prezente. Terapeuţii strategici consideră că membrii familiei nu au nevoie de insight-uri în legătura cu dinamica familială, ci de soluţionarea problemei. De aceea primul pas al terapiei este ajutarea familiei pentru a-şi clarifica problema. Apoi terapeutul realizează o evaluare a interacţiunilor familiale pornind de la observarea familiei în timpul şedinţelor, pentru ca, în final, să ofere directive clare, cu scopul schimbării funcţionării acesteia şi rezolvării probemei (căci terapeuţii strategici sunt directivi şi autoritari).

Pentru copiii cu probleme comportamentale şi şcolare terapeuţii strategici consideră că explicaţia fenomenului constă în conflictul dintre părinţi, care conduce la un nivel inadecvat de putere la unul dintre copii. Scopul intervenţiei, în aceste situaţii, ar fi recăpătarea controlului de către părinţi.

Tehnici utilizate de consilierii strategici (pe lângă instrucţiunile directe):

- paradoxul;
- reîncadrarea (schimbarea perspectivei asupra problemei, în sensul că aceasta este văzută ca necesară sistemului familial);
- prescrierea simptomului (clientul este încurajat să continue comportamentul simptomatic, de obicei într-o anumită situaţie şi la o anumită oră), sarcinile metaforice (se acţionează asupra problemei prezente într-o manieră simbolică).

Deşi pare simplă, terapia strategică presupune multă creativitate şi flexibilitate în aplicarea ei. De aceea, consilierii care vor să utilizeze acest tip de terapie este necesar să aibă o formare specifică, dar şi supervizare de specialitate. De fapt, acest lucru este valabil pentru toate tipurile de terapie şi de consiliere de familie.

În consilierea psihologică sau şcolară nu se poate vorbi de o abordare de familie, în adevăratul înţeles al acesteia, ci doar de o înţelegere mai adecvată a clienţilor şi de o eficientizare a intervenţiei, conform principiilor şi strategiior furnizate de curentele terapeutice de familie.

- **Terapia sistemică de familie (TSF)**

Reprezentanții actuali ai acestei metode sunt constituiți sub numele de Școala de la Milano: Mara Selvini-Palzzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin și Guiliana Prata. Metoda sistemică de familie a fost elaborată în jurul anului 1978.

Ideea de bază a TSF este cea de sistem, așa cum a fost ea conceptualizată de teoria generală a sistemelor asupra comportamentelor umane și mai ales asupra familiei. Contribuții semnificative în dezvoltarea acestei teorii au avut Gregory Bateson, Murray Bowen, Salvador Minuchin și Jay Haley.

Scopul TSF este sprijinirea familiei să descopere, să întrerupă și eventual să schimbe regulile „jocurilor" interacționale din sistemul familial perturbat, adică ale dinamicii relaționale care generează disfuncționalitatea familiei.

O familie este considerată disfuncțională când există în interiorul sistemului său pattern-uri rigide, blocate, care fie au fost preluate din generațiile anterioare, fie aparțin familiei actuale. Familiile perturbate folosesc planuri vechi, devenite inutile pentru reflectarea realității curente actuale. Astfel, „jocurile interacționale" ale familiei dau naștere unor simptome care o aduc în terapie. Soluția „interacțională" patogenă (simptomul) pe care a găsit-o familia la problema cu care se confruntă este, evident, diferită de scopul urmărit de terapeut. Acesta va umări nu doar eliberarea de simptom și schimbarea proceselor interpersonale, ci va stimula familia să înțeleagă rostul simptomului și conexiunile sale cu sistemul relațiilor perturbate dintre membri.

Un alt scop este determinarea familiei să creeze căi diferite pentru flexibilizarea modalităților de relaționare din interiorul său.

Procesul terapeutic

Terapeuții de orientare sistemică folosesc în lucrul terapeutic trei principii:

- formularea ipotezelor;
- neutralitatea;
- circularitatea.

Formularea ipotezelor se referă la supozițiile pe care echipa terapeutică, în colaborare cu familia, le emite cu privire la natura problemei familiei. Aceste ipoteze nu sunt supuse unei judecăți de valoare, astfel că ele nu sunt considerate bune sau rele, ci se acceptă sau nu în funcție de utilitatea lor în procesul de aflare a unor noi informații care ar putea determina schimbarea sistemului familial disfuncțional. Întrebările-ghid adresate familiei în etapa

inițială, vizează ipotezele privind rolul simptomului în sistemul familial cu privire la chestiuni specifice contextului familial: „Ce anume v-a determinat să apelați la terapie?", „Cine beneficiază cel mai mult de situația actuală?" sau "Care este motivația pentru schimbare?".

Răspunsurile date de familie la întrebările terapeutului vor da naștere la noi ipoteze de lucru, vor duce la o înțelegere mai aprofundată a organizării și funcționării sistemului și la o planificare a intervențiilor terapeutice.

Neutralitatea presupune ca terapeutul să adopte o poziție liberă de orice judecăți morale și o distanță psihologică egală față de fiecare membru al familiei. Terapeutul și echipa susțin, în mod egal, pe fiecare membru al familiei. Terapeutul nu este chemat să judece, ci să înțeleagă și să accepte chiar și puncte de vedere care nu fac parte din sistemul lui de valori Acest principiu este cu atât mai greu de menținut cu cât dorința sau tendința de a intra într-o legătură mai puternică cu familia, spre a o ajuta, este mai mare. Trebuie avut în vedere că, prin intervenția sa, terapeutul creează un nou sistem – sistemul terapeut-familie –, iar orice acțiune a terapeutului ar putea fi capabilă să distrugă echilibrul pe care familia reușise să îl obțină în timp, cu o serie de ajustări. Astfel, terapeutul trebuie să manifeste mare grijă și competență pentru a facilita deschiderea unei căi pentru un nou tip de echilibru în familie.

Circularitatea, derivată din conceptul lui Bateson de cibernetică circulară și din cel de cauzalitate circulară, se referă la centrarea pe relațiile existente în interiorul sistemului familial din perspectiva percepției diferite pe care o are fiecare membru asupra acestor relații. Terapeutul folosește în acest scop „modelul triadic" al întrebărilor circulare. Acesta aduce o nouă lumină asupra faptelor și comportamentelor familiale. Când se adresează o întrebare unui membru al familiei despre relația dintre alți doi membri ai acesteia, terapeutul obține, în replică, o definire a relației pe care cel întrebat o are cu cele două persoane vizate.

Tehnici terapeutice în TSF

Tehnica întrebărilor circulare. Se cere unui membru al familiei să comenteze sau să speculeze cu privire la credințele, sentimentele și comportamentele altor membri ai familiei. Se folosește și pentru a diagnostica sistemul familial în dinamica sa interacțională. Este un mijloc de a de a activa dinamica sistemului, de a testa și nuanța ipotezele inițiale.

Exemple de întrebări circulare:

„Dacă sora ta ar pleca de acasă, cine crezi că se va supăra cel mai rău?"

„Dacă îl întreb pe tatăl tău, cu cine crezi că va fi el de acord, cu mama sau cu fratele tău?"

„Când fratele tău începe să-şi piardă controlul, ce face tatăl tău?"
„Părinţii tăi se ceartă mai puţin după ce tatăl tău s-a îmbolnăvit?"
„Ce crezi că o determină pe mama ta să nu îţi audă dorinţele?"
„Cum aţi descrie relaţia dintre soţul dvs. şi copii?"

Evident, evaluarea răspunsurilor nu se limitează doar la canalul verbal, dimpotrivă, expresivitatea nonverbală a respodentului este extrem de edificatoare. Analiza acesteia oferă date relevante despre dinamica familială. Întrebările circulare fac posibilă clarificarea concepţiilor şi aşteptărilor diverse ale membrilor familiei şi compararea diverselor puncte de vedere. Acest lucru e util deopotrivă terapeutului şi clienţilor, care devin mai conştienţi de modul cum funcţionează şi cum este organizată familia. De asemenea, facilitează formularea şi reformularea ipotezelor, pentru că prin răspunsul persoanei se fac noi presupuneri, se reexaminează prezumţiile şi se stabilesc conexiuni între evenimente. Burbatti, Castoldi şi Maggi (1993) atrag atenţia asupra folosirii excesive a întrebărilor circulare, care riscă „împărtăşirea" unei atmosfere artificiale în timpul şedinţei. Uneori membri familiei devin obosiţi, iritaţi, urmând drumurile ocolite sau întortocheate ale terapeutului şi exprimă aceste sentimente nonverbal în timpul şedinţei. De aceea, terapeutul e nevoie să fie totdeauna atent şi conştient de ceea ce se întâmplă dincolo de cuvinte cu membrii familiei, precum şi la mesajele lor ascunse.

Utilizarea conotaţiei pozitive a motivelor atribuite pattern-urilor comportamentale simptomatice ale unui membru al familiei. Această tehnică, denumită în alte orientări reformulare, este considerată esenţială în obţinerea succesului în TSF.

Prescrierea simptomului este o tehnică paradoxală prin care familia sau doar un membru sunt direcţionaţi în a manifesta în continuare simpromul. Dacă indicaţia se urmează se demonstrează că simptomul este sub controlul voluntar al familiei sau al membrului respectiv, dacă nu se urmează înseamnă că familia a renunţat la simptom şi că poate funcţiona şi fără el. Spre deosebire de prescrierea simptomului pe care o practică Haley în modelul strategic, cea utilizată de grupul de la Milano nu are ca scop apariţia mecanismelor defensive, a rezistenţelor, ci stimularea capacităţii familiei de a găsi propriile soluţii alternative la simptomul cu care se confruntă.

Mesajele diferite din echipa terapeutică este o tehnică de diversiune. Reprezintă un tip de prescriere prin care familia primeşte mesajul din partea echipei terapeutice cum că aceasta ar avea păreri diferite de cele ale terapeutului care lucrează direct cu familia respectivă. Scopul acestei manipulări terapeutice este acela de a forţa familia să-şi găsească propriile explicaţii şi rezolvări. De ex., se poate spune sau scrie o scrisoare familiei cam în acest mod: „jumătate din echipa noastră consideră că tatăl manifestă grijă atunci când îşi protejează fiica faţă de mamă. Cealaltă jumătate consideră comportamentul tatălui ca o cale de a

o ajuta pe mamă să se descurce cu fata, care, de altfel, este destul de puternică". Evaluați singuri care ar putea fi efectele asupra familiei...

Ritualurile şi ceremoniile sunt metode prin care se prescriu anumite tipuri de comportamente menite să modifice „jocurile" relaționale ale familiei. Terapeutul trebuie să fie foarte minuțios în descrierea detaliilor specifice (adică cine, ce, unde, când şi cum pas cu pas) ale ritualurilor pe care familia trebuie să le urmeze întocmai. Iată un exemplu după Mara Selvini-Palazzoli şi colab. (1978, p. 5):

„Din două în două zile – marțea, joia şi sâmbăta –, începând de mâine până la şedința viitoare şi între orele ... (asigurați-vă că toată familia este acasă între aceste ore), indiferent de ce face X (numele celui care prezintă simptomul, de ex. copilul, urmat de descrierea tuturor elementelor simptomatice pe care le manifestă de obicei), tatăl va decide singur, la discreție, ce anume să facă împreună cu X. Mama va trebui să se comporte ca şi cum nu ar fi acolo. În celelalte zile – lunea, miercurea şi vinerea –, la aceleaşi ore, indiferent de ce va face X, mama va avea puterea de a decide ce va fi necesar să se facă referitor la X. Tatăl va trebui să se comporte ca şi cum nu ar fi acolo. Duminica, toată lumea se va purta în mod spontan. Fiecare părinte, în ziua în care este responsabil, va trebui să scrie în jurnalul său orice încălcare din partea partenerului a regulii de a nu se amesteca." În unele cazuri sarcina de a înregistra în jurnal posibilele greşeli se poate încredința unui alt copil sau chiar pacientului însuşi, dacă acesta este capabil să o îndeplinească.

Prescrierile invariante sunt utilizate în cazul familiilor cu copii schizofrenici sau cu copii anorexici. Ele se bazează pe ideea că, prin simptomele lor, aceşti copii încearcă să rezolve impasul în care se află cei doi părinți în relația lor partenerială. De aceea, părinții vor fi intervievați singuri şi li se vor da aceste prescripții pentru a trasa o graniță clară şi stabilă între cele două generații, ca în exemplul de mai jos (după M. Selvini-Palazzoli, 1986, p. 341-342): *„Țineți secret tot ce am discutat în această şedință. Din când în când, ieşiți seara, înainte de cină, amândoi, în oraş. Nimeni nu trebuie avertizat că veți pleca. Lăsați doar un bilețel pe care să scrieți <<Nu vom fi diseară acasă!>>. Dacă la întoarcere unul dintre copii vă întreabă unde ați fost, răspundeți calm: <<Asta ne priveşte doar pe noi doi>>. Mai mult, țineți fiecare un jurnal, bine ascuns şi departe de copii, în care veți nota data şi comportamentul nonverbal şi verbal al fiecărui copil, precum şi al altor membri ai familiei, pentru că este extrem de important ca nimic să nu fie uitat sau omis. Data viitoare veniți tot singuri, cu jurnalul, pentru a citi tot ce s-a întâmplat între timp."*

„Dispariția" părinților din câmpul de control emoțional al copiilor reprezintă o componentă a tehnicii prescrierii invariante – părinții dispar, dându-le informații minimale copiilor referitoare la acțiunile lor (spațiu secret al cuplului). Aceasta descoperă, activează şi modifică pattern-urile rigide, repetitive, blocante din „jocurile" interacționale părinți-copii.

„Părinţii –coterapeuţi" este o tehnică utilizată începând aprox. cu şedinţa a patra, după ce părinţii au putut demonstra că au ţinut secretul faţă de copii. Terapeutul îi denumeşte din acel moment drept co-terapeuţi şi astfel cuplul patogen se transformă în cuplu-vindecător al propriului copil, prin aceasta vindecându-se şi pe sine. Modificarea pattern-urilor relaţionale în cuplu este cea mai bună dovadă.

Contraparadoxul este o tehnică menită să introducă mesaje contradictorii în sistemul familial. Cel mai frecvent contraparadox utilizat de Şcoala de la Milano este informarea familiei că, deşi terapeuţii sunt agenţi ai schimbării, ei nu doresc ca familia să schimbe ceea ce pare a fi un echilibru în cadrul ei şi în consecinţă prescriu să nu se facă nicio schimbare, deocamdată. Efectul spontan, opus prescripţiei, nu întârzie să apară în sistemul familial, catalizând schimbarea terapeutică.

Instigarea este tehnica prin care unul dintre membrii familiei îl aţâţă pe un altul împotriva unui al treilea, ca parte a rescrierii şi dinamizării unui proces interacţional aflat în desfăşurare. Este o formă de a controla şi manipula familia cu propriile ei jocuri patogene, efectul fiind de obicei nu doar de descărcare a tensiunilor, ci şi de renunţare la acest tip de joc patogen.

Etapele procesului terapeutic

Există 4 etape ale procesului terapeutic, după Mara Selvini–Palazzoli şi colab. săi (apud op. cit., 1996):

Preşedinţa – echipa terapeutică analizează datele disponibile din convorbirile telefonice, fişele cu date din eventuale şedinţe anterioare; elaborează variate ipoteze cu privire la natura problemei familiale, la jocurile interacţionale ale acesteia. Aceste prime ipoteze vor constitui punctul de plecare în contactul terapeutic direct cu familia.

Şedinţa propriu-zisă – echipa se sparge în două grupuri: cel care va intra în contact direct cu familia (la început lucrau doi terapeuţi, actualmente doar un singur terapeut colaborează direct) şi cel care observă (prin perete cu oglindă unidirecţională sau prin urmărirea înregistrărilor video). Se testează ipotezele ce au fost formulate de echipă în preşedinţă. În acelaşi timp, terapeutul introduce întrebările circulare şi odată cu ele informaţii noi, obsevaţii metacomunicative, punctări şi clarificări. Uneori, această şedinţă este unica ocazie în care echipa poate colecta informaţii despre mediul social şi contextul în care familia există, deoarece la această primă întâlnire pot participa şi membri ai familiei extinse sau alţi participanţi la viaţa familială - vecini, prieteni, asistente medicale, bona etc.

Postşedinţa – echipa reunită analizează şi conchide asupra situaţiei existente, conectează noile informaţii cu ipotezele iniţiale, verifică dacă acestea din urmă sunt utile în construirea planului explicativ privind „jocul" familial.

Intervenţia finală – terapeutul revine în cabinetul terapeutic şi comentează cu familia ce s-a descoperit împreună cu echipa observatoare sau prescrie o sarcină ce trebuie îndeplinită, după care se desparte de familie. În general, intervenţia finală se prezintă sub forma unui paradox, ritual etc., adică a unei prescrieri. Terapeutul nu comunică însă niciodată direct ceea ce crede echipa despre caz, deoarece se foloseşte acest element de mister pentru formularea paradoxurilor, contraparadoxurilor, a mesajelor neclare, ce vizează tocmai confuzia familiei. Această confuzie va simula generarea de noi soluţii la problema cu care se confruntă.

Burbatti şi colab. (1996) adaugă şi o a 5-a etapă, care se desfăşoară însă în afara limitelor spaţiale ale cabinetului, dar nu şi în afara contextului terapeutic: procesarea feed-back-ului de către familie. **Feed-back-ul** rezultat din ultima şedinţă, acţionând ca un input, este luat în considerare şi analizat de întreaga echipă. Având în vedere că modificările privesc întreaga familie, este necesar să se acorde suficient timp pentru a avea loc restructurarea urmărită prin intervenţia aplicată. De aceea, perioada de timp dintre şedinţe este de regulă de o lună, dar se poate întinde şi pe perioade mai mari. Întregul proces se va relua la următoarea întâlnire cu familia. De regulă, la această şedinţă sunt invitaţi să participe doar membri familiei nucleare. Acum se recunosc modificările apărute şi se explorează mai în detaliu chestiunile mai intime, ce nu puteau fi dezvăluite altor persoane dinafara familiei nucleare. Se consumă mai puţin timp cu problema pentru care s-a solicitat ajutor. Acest al doilea interviu cu familia are trei componente, după Walsh şi McGrow:

- **conectarea** – terapeutul continuă să strângă informaţii de la familie, iar familia este învăţată să observe şi să recunoască diferenţele;
- **analiza** – se centrează pe interacţiunile din nucleul familiei;
- **testarea** – terapeutul testează motivaţia familiei şi explorează părţile sistemului care vor susţine întreruperea jocurilor familiale (membri-resursă pentru schimbare).

Încheierea terapiei se produce atunci când se ajunge la un acord comun între terapeut şi familie cu privire la momentul oportun. Echipa respectă întotdeauna decizia familiei de a încheia terapia. De regulă, la sfârşitul terapiei terapeutul poate avertiza familia că este posibil să existe reveniri ale simptomului sau se îndoieşte că efectele vor fi de lungă durată. Scopul este, evident, de a „normaliza" eventualele recăderi.

În **noile variante ale modelului sistemic** terapeutic s-au produs câteva schimbări:

- preşedinţa s-a condensat semnificativ, aproape dispărând şi lăsând locul întâlnirii directe cu familia;

- se formulează doar o singură ipoteză inițială care va ghida procesul terapeutic;

- în cadrul primei ședințe, terapeutul se preocupă mai mult de relația ce există între familie și persoana care a recomandat acesteia terapia, iar ipoteza se va referi la această relație;

- noua atitudine terapeutică se referă la coaliția cu unul dintre membrii familiei, dacă acest lucru este benefic pentru familie.

În **concluzie**, se observă că actualmente accentul se deplasează de la procesul formulării ipotezelor – în varianta clasică – la procesul interacțiunii dintre echipa terapeutică și sistemul familial.

- **Terapia narativă de familie**

Reprezentanți și inițiatori: **Michael White** (centrul Dulwich, Australia) și **David Epson** (Centrul de terapie de familie, Auckland, Noua Zeelandă). Metoda se structurează între 1970-1980, când este recunoscută, și se dezvoltă la începutul anilor '90.

Premise conceptuale. Se bazează pe o filosofie eliberatoare asupra oamenilor, căutând să le insufle puterea și energia necesară pentru a-și crea propriile lor concepții („povești") despre sine și despre lume. Autorii pleacă de la premisa că, încă de la naștere, omul este modelat, determinat și condiționat de familia și cultura de apartenență în modul de a se percepe și de a vorbi despre el însuși și despre lume. În felul acesta își pierde capacitatea de a stabili singur sensul propriei valori și identități. Dacă noi învățăm să recunoaștem în mod conștient efectele insidioase ale acestor credințe și le percepem ca nefiind inerente nouă, putem deveni liberi să ne dezvoltăm. Este exact ceea ce își propune terapia narativă, ca una dintre cele mai active metode terapeutice.

Specific și obiective. Autorii pun accent pe adevărul experienței trăite, pusă sub forma unei noi concepții, a unei noi povești sau narațiuni despre propria viață, de unde și denumirea metodei. White și Epson afirmă: „Poveștile sunt pline de goluri pe care oamenii trebuie să le umple pentru ca povestea să poată fi jucată. Aceste goluri se umplu din experiența trăită și din imaginația oamenilor. Cu fiecare act, oamenii își rescriu viața. Evoluția vieții este asemănătoare procesului de a redeveni autori, procesului de reintrare a persoanei în poveste, dezbătând-o și făcând-o a lor" (1990, p. 13), adică personalizând-o.

De aceea, autorii ajută clienții să construiască o poveste alternativă despre ei înșiși, care este derivată din propria experiență de viață și care uneori nu se potrivește, nu se subordonează sau chiar neagă povestea impusă de

societate. De aici şi credo-ul terapiei narative de familie: „persoana nu se identifică niciodată cu problema. Problema este problemă, având propria sa identitate, diferită de identitatea persoanei".

Tehnica de bază a terapiei narative este **externalizarea**, ca răspuns la interiorizarea problemei (simptomului, categoriei normative) impuse dinafară. Prin întrebări de genul „Cum îţi afectează această problemă viaţa?", terapeutul separă problema de persoană. El recunoaşte puterea unei probleme-etichetă, ajutând clientul să-şi recunoască responsabilitatea pentru propriul comportament. White defineşte externalizarea ca „abordare terapeutică ce încurajează persoana să obiectiveze şi, uneori, să personifice problemele pe care le trăieşte ca opresive". Acest proces permite problemei să devină „o parte separată şi, astfel, externă persoanei" cu care are un anumit tip de relaţie. Externalizarea îi ajută pe clienţi să perceapă anumite părţi ale Eului care nu sunt contaminate de simptom. Aceasta conduce spontan la o nouă viziune asupra propriei persoanei, ca fiind liberă şi responsabilă de alegerile pe care le face, în relaţia sa cu problema respectivă. Ea sparge obişnuinţa terapeutului şi mai ales a clientului de a asculta şi formula mesaje, naraţiuni încărcate, „saturate" de termeni ce se referă la problemă sau la dificultăţile pe care le are.

Practica externalizării are, după autorii săi (1988, p. 39-40), următoarele **efecte:**

- reduce conflictele sau disputele neproductive dintre persoane cu privire la „cine este responsabil pentru problema apărută";
- subminează sentimentul de eşec care se dezvoltă în persoane ca răspuns la persistenta prezenţă a problemei, în ciuda eforturilor făcute de a o elimina;
- pavează calea persoanei în a coopera cu ceilalţi, spre a se uni în lupta lor împotriva problemei şi de a scăpa influenţelor ei în viaţa şi relaţiile lor;
- oferă noi posibilităţi ca persoana să acţioneze pentru a-şi recupera viaţa şi relaţiile cu alte persoane aflate sub influenţa problemei;
- eliberează persoana pentru a aborda problemele „serioase" mai uşor, mai eficient, mai puţin stresant;
- oferă posibilitatea existenţei unui dialog, mai degrabă decât a unui monolog, cu privire la problemă.

Cititorul interesat poate găsi detalii cu privire la procesul terapeutic şi studii de caz exemplificatoare în cartea noastră „Terapii de familie" (Iolanda Mitrofan, Diana Lucia Vasile, Ed. SPER, 2001, p. 215-224).

Precizări şi concluzii

Terapia narativă cere terapeutului o mulţime de caracteristici: respectul faţă de natura umană în general, creativitatea, flexibilitatea pentru a putea fi nondirectiv, capacitatea de a stimula potenţialul şi resursele fiecărei persoane pe care o are în faţă. Poate că tocmai creativitatea şi flexibilitatea de care dau dovadă terapeuţii celui *„de-al treilea val”* în psihoterapie, dintre care autorii acestei metode, îi fac atât de apreciaţi în întreaga lume.

Limita care i se impută acestei metode este că, deşi se consideră a fi o terapie de familie, pune accent mai mult pe persoană, pe individ, fiind mai curând un fel de terapie individuală care ţine cont de relaţiile pe care persoana le are cu ceilalţi, din jurul său. În plus, deşi se prezintă ca o terapie nondirectivă, întrebările puse persoanei o direcţionează spre anumite tipuri de răspunsuri.

Comentând contribuţiile esenţiale ale metodei narative, O'Hanlon (1994, p. 28) precizează:

„Dacă nu crezi, cu tot sufletul tău, că oamenii nu se identifică cu problemele lor şi că dificultăţile lor sunt construcţii sociale şi personale, nu poţi vedea transformările. Când White şi Epson sunt în acţiune, poţi spune cu toată convingerea că oamenii nu sunt una cu problemele lor. Vocea, postura, fiinţele lor în întregime radiază posibilităţi şi speranţe. Ei sunt cu adevărat sub influenţa optimismului”.

ÎNTREBĂRI ŞI PROVOCĂRI

- Care sunt obiectivele principale ale terapiilor de familie?
- Analizaţi comparativ principalele metode din câmpul terapiilor de familie. Prin ce anume diferă din punct de vedere al derulării procesului terapeutic?
- Imaginaţi cel puţin trei situaţii disfuncţionale familiale. Proiectaţi un posibil model de intervenţie. Cu ce dificultăţi vă aşteptaţi să vă confruntaţi? Meditaţi asupra modului în care anticipaţi aceste posibile dificultăţi... Identificaţi problemele personale care ar putea avea o legătură cu ceea ce anticipaţi ca dificil de realizat.
- Autoanalizaţi-vă din perspectiva scenariului dvs. de viaţă familială, a relaţiilor cu părinţii şi fraţii, a eventualelor suferinţe, blocaje sau frustrări pe care le-aţi trăit sau pe care le trăiţi şi în prezent.
- În ce măsură aţi fi avut nevoie sau aţi avea nevoie în prezent de un consilier sau de un terapeut de familie? Dacă da, argumentaţi. Dacă nu, argumentaţi. Conştientizaţi resursele şi factorii compensatori care v-au ajutat sau vă ajută să depăşiţi momentele de impas familial.

- Meditați asupra propriei evoluții din perspectiva dinamicii și a rolurilor familiale. La ce concluzii ați ajuns?
- Abordați o familie spre a-i cunoaște mai bine modul în care funcționează. Identificați temele sale de dezvoltare și posibilele dificultăți sau blocaje. Ce terapie credeți că i s-ar „potrivi"?

CAPITOLUL VIII

Psihoterapia cuplului

• Obiectivele şi sarcinile terapeutului de cuplu

Acest capitol al lucrării reprezintă un impuls pentru a vă familiariza cu posibilităţile de abordare terapeutică a cuplului confruntat cu problemele maritale şi disfuncţii care îi copleşesc sau îi deprimă pe unul sau pe ambii parteneri.

Terapeutul este singura persoană care îi poate ajuta să depăşească impasul existenţial, oferindu-le *o perspectivă neutră, obiectivă, competentă* a situaţiei în care se află. El poate stimula şi cataliza descoperirea de către parteneri a unor *alternative reale* de rezolvare a problemelor parteneriale şi familiale, cu avantajele şi dezavantajele fiecăreia, fără a le impune să aleagă vreuna, lăsându-i pe aceştia să pună în practică comportamentul considerat a fi cel mai eficient.

Mai presus de orice, terapeutul îi poate determina să conştientizeze propriile defecte şi vulnerabilităţi, *să se cunoască mai bine,* să înţeleleagă ce se află în spatele atitudinilor pe care alţii le adoptă faţă de ei, cum să se poată detaşa de anumite probleme şi, implicit, cum le poată evita.

În acest scop, vom apela la câteva dintre abordările terapeutice, prezentându-vă *cât mai concis şi cât mai clar* conţinutul fiecăreia. Vom exemplifica cu studii de caz pentru a înţelege mai bine şi pentru a putea pune în practică şi dvs. ceea ce veţi regăsi aici.

Domeniul terapiilor de cuplu, desprins ca o subspecializare a terapiilor de familie sau construit în ideea compensării limitelor abordărilor individuale ale pacienţilor şi clienţilor cu probleme parteneriale producătoare de suferinţă, se sprijină pe experienţa bogată a unor terapeuţi de renume: **Virginia Satir, J. Haley, N. Ackerman, J. Gottman, S. Minuchin, A. Beck, Judith şi E. Coche, D. Bloch sau J. Framo.**

Sperăm că eforturile noastre de a vă pune în faţa unor terapii eficiente şi de certă actualitate vor fi răsplătite printr-o mai mare deschidere a dvs. către tot ceea ce înseamnă înţelegerea şi acceptarea unui domeniu pe care foarte puţini români îl cunosc, pentru că *foarte mulţi îl ignoră*: terapia de cuplu şi de familie.

• De ce mergem la terapeut?

În general, persoanele care vin la terapeut au următoarele tipuri de probleme:

1) au o imagine de sine negativă, sentimentele şi părerile despre ei înşişi fiind defavorabile;

2) comunicarea cu ceilalţi membri ai familiei este indirectă, vagă şi, nu de puţine ori, nesinceră;

3) regulile folosite în sistemul familial sunt rigide, depăşite sau neacceptate de ceilalţi;

4) relaţiile extrafamiliale sunt puţine şi formale.

Aceşti factori (auto-valorizarea, comunicarea, regulile şi legătura cu societatea) vor fi detaliaţi în continuare, într-o măsură mai mare sau mai mică, pentru a vă ajuta să descoperiţi cum operează ei în familie, inclusiv în cea a dvs., şi cum pot fi modificaţi pentru a vă micşora problemele.

Mulţi dintre dvs. veţi susţine că nu aveţi probleme majore. Bine ar fi să fie aşa. Dar nu puţine sunt persoanele care nu reuşesc să *identifice* problemele pe care le au, datorită ignoranţei sau indiferenţei. Pentru un consilier sau terapeut de cuplu este important, la fel ca şi pentru clienţii săi potenţiali, să conştientizeze disfuncţionalitatea latentă sau, cel puţin, să îşi pună întrebări în legătură cu ceea ce până acum au considerat a fi irelevant în relaţia lor partenerială.

Încercaţi, de exemplu, să răspundeţi sincer la următoarele întrebări:

1) Te simţi bine aşa cum trăieşti în cuplul tău (familia ta)?
2) Crezi că partenerul(a) şi ceilalţi membri ai familiei discută cu tine orice problemă ar avea?
3) Ai vrea să faci un anumit lucru, dar te simţi îngrădit?

De multe ori, o persoană care are probleme nu le poate ascunde, oricât ar încerca. Faţa morocănoasă, tristă sau goală, vocea dură sau stridentă, corpul tensionat sau gârbovit trădează stările negative prin care aceasta trece.

Există, însă, şi cazuri când indivizii reuşesc să dea impresia unei căsnicii fericite şi consideră aparenţa exteriorizată drept un succes personal. Numai că ei nu se gândesc că succesele de acest gen pălesc în faţa unei convieţuiri încărcate de nefericire şi banal.

Şi unii, şi alţii au nevoie de consiliere sau chiar de terapie pentru a mai putea salva ceva. Au nevoie de o asistenţă competentă şi obiectivă care să le dea posibilitatea să-şi revitalizeze relaţia, să-şi demonstreze lor înşişi că mai pot fi fericiţi.

Într-o familie fericită poţi simţi autenticitatea, sinceritatea şi iubirea. Membrii ei se uită unul *la* celălalt şi nu unul *prin* celălalt sau în podea. Casa în care trăiesc aceşti oameni este plină de lumină şi culoare. Fiecare este liber să-i spună celuilalt ce simte, fără teama de a atrage antipatii. Se poate discuta despre orice: despre dezamăgiri, temeri, bucurii sau îndoieli.

De exemplu, dacă tatăl este din întâmplare prost dispus, fiul îi poate spune deschis: *Tată, eşti cam morocănos astă seară.* El nu se teme că tatăl va riposta: *Cum îndrăzneşti să vorbeşti aşa cu tatăl tău?* Dimpotrivă, tatăl poate fi şi el sincer:

Sunt într-adevăr morocănos. Am avut o zi îngrozitoare. La care fiul poate răspunde: *Îți mulțumesc că mi-ai spus. Credeam că ești așa numai cu mine.* Acest dialog constructiv poate avea loc, desigur dacă mama nu intervine într-o manieră care să saboteze inconștient sau conștient relația tatălui cu fiul și aceasta se poate întâmpla dacă relația ei cu propriul soț este perturbată – o „afacere emoțională" nefinalizată, frustrare sexuală, dispută a puterii, gelozie etc.

Un alt exemplu ar fi acela în care un copil scapă din mână un pahar care se sparge. Unii părinți reacționează cu o mustrare sau, poate, cu trimiterea copilului plângând în camera sa. Alții pot reacționa altfel: *Te-ai tăiat? Am să-ți aduc un leucoplast și apoi am să strâng cioburile. Cred că paharul s-a spart pentru că nu îl țineai cu ambele mâini.* Așadar, se poate folosi incidentul ca o ocazie de învățare, în loc să fie un motiv de pedeapsă, care ar pune sub semnul întrebării autovalorizarea copilului. Dar, rețineți, în acest caz, ambii părinți au cooperat, au consonat, au fost coerenți în atitudine și comunicare, eventual s-au sprijinit în afirmații mutual și au evitat să se ia „la întrecere" în jocul neprofitabil „Cine are dreptate sau cine are mai multă dreptate" sau în cel falimentar „Unul explică și celălalt sancționează sau explică pe dos". Acesta din urmă se poate întâmpla pentru că cei doi soți au transformat scena parentală într-o scenă de război conjugal disimulat, transferat simbolic sau infiltrat tensional în alte roluri: cele parentale. Efecte? Toată lumea pierde, în special copilul în evoluția sa.

Din punctul nostru de vedere, orice relație maritală sau partenerială consensuală poate deveni una care te ajută să crești. Pentru aceasta trebuie ca fiecare membru al ei să țină cont de următorii trei pași:

1) trebuie *să recunoască* problemele cu care se confruntă;
2) trebuie *să dorească* să schimbe ceva;
3) trebuie *să facă* ceva pentru a începe procesul de schimbare.

Iată în cele ce urmează câteva metode terapeutice de îmbunătățire a calității vieții maritale și familiale.

• Terapia centrată pe problemă

De obicei, un cuplu prezintă terapeutului problema cu care se confruntă pentru a încerca să o depășească și a rămâne împreună. Există, însă, și cazuri când unul dintre soți este hotărât să divorțeze, fără a-i dezvălui celuilalt intențiile. El vine la terapeut cu scopul de a-i **demonstra** celuilalt că a încercat și această variantă și tot nu s-a schimbat nimic. De fapt, **duplicitatea** lui a făcut ca lucrurile să rămână în același stadiu disfuncțional.

Când terapeutul examinează o problemă maritală, el observă deseori că **motivele disensiunilor se află la nivelul regulilor dintre parteneri.** De

exemplu, soția ar putea spune că problema este aceea că soțul ei este iresponsabil în privința cheltuirii banilor. Soțul ar putea răspunde că ipocrizia soției este de vină, faptul că ea nu vrea niciodată să se simtă bine, așa că el caută plăcerea în altă parte. Din perspectiva terapeutului, membrii cuplului percep diferit utilitatea banilor, ceea ce îi determină să-și stabilească reguli diferite.

Disensiunile dintr-un cuplu își au originea îndeosebi în *absența flexibilității*. Când regulile unui mariaj sunt prea rigide, nemulțumirile apar imediat, chiar dacă nu toate sunt exteriorizate. De exemplu, soției i se pare normal să aibă grijă de soțul bolnav. Însă, dacă soția se îmbolnăvește, soțul trebuie să devină mai bolnav decât ea pentru ca ea să poată continua să aibă grijă de el, din moment ce acesta este singurul *pattern* de comportament pe care îl au.

Există situații când unele probleme apar o singură dată. Dar există și căsătorii în care crizele se petrec regulat, făcând parte dintr-un ciclu. Pot interveni amenințări cu bătaia sau tentative de suicid, apoi un comportament amiabil, după care amenințările erup din nou și ciclul poate continua. Terapeutul trebuie **să întrerupă acest ciclu, încercând să-i readucă pe membrii cuplului pe o direcție continuă și armonică**. Dacă nu poate, trebuie să clarifice și să stimuleze în dinamica de cuplu „mișcarea decisivă" care să fie asumată responsabil de ambii cu privire la separare sau la renegocierea contractului partenerial. O astfel de decizie este deosebit de dificilă, pentru că terapeutul trebuie să își asume responsabilitatea implicării sale în a influența destinelor unor oameni, de a-i convinge sau susține în deciziile lor, pornind de la propriile nevoi și posibilități, că este necesar să-și construiască o nouă viață alături de altcineva. Cea mai bună soluție este întotdeauna cea asumată de comun acord în cuplu, terapeutul rămânând un martor avizat, un clarificator și o oglindă amplificatoare a realității sentimentelor și deciziilor conștiente asumate, nutrite de nevoi inconștiente presante. El nu va sugera și nu va impune o decizie după propriul său scenariu de viață sau conform credințelor și valorilor sale, ci va însoți competent partenerii în a se cunoaște, evalua obiectiv și decide în cunoștință de cauză asupra traiectoriei relației lor. Înainte de orice, terapeutul de cuplu este necesar să fie un bun **moderator și negociator** al partenerilor, cu o atitudine echidistantă și evitând orice alianță cu vreunul dintre aceștia.

Adesea, terapeutul poate simți că unul din membrii cuplului îl depășește pe celălalt în dezvoltare și calea cea mai indicată este divorțul. El poate sesiza și că unul din ei dorește să rezolve niște probleme, iar celălalt evită soluționarea lor și se centrează pe altele. Sunt și cazuri când un cuplu vrea să trăiască separat în timp ce *lucrează* la căsnicia lor. Majoritatea terapeuților consideră, însă, că a face terapie pe un cuplu separat nu este decât o veritabilă pierdere de timp. Există prea multe forțe care îi conduc pe drumuri separate când trăiesc separat, iar ședințele de terapie tind să devină *conversații despre probleme* în loc să fie încercări de rezolvare a acestor probleme. Cel mai bine este ca partenerii să fie convinși să trăiască împreună, dacă vor să facă terapie de familie.

În general, terapeutul ajunge să se perceapă pe sine ca un negociator sindical implicat în probleme conflictuale. Dacă se alătură unei părți, devine parte a problemei în loc să fie o parte a soluției. Totuși, inevitabil, el este implicat personal în orice probleme există: astfel, s-ar putea trezi că este părtinitor indiferent dacă asta îi place sau nu. Supervizorul îl poate ajuta, desigur, în momentele sale de impas profesional.

De asemenea, propriile lui prejudecăți despre viață, bărbați sau femei sunt forțate să iasă la lumină în timp ce se luptă cu problemele celorlalți. Nu de puține ori constată că propriul mariaj suferă schimbări, ca reacție la experiența lui cu membrii cuplurilor consiliate. Depinde, însă, de maturitatea, experiența, echilibrul și profesionalismul lui să depășească aceste **capcane specifice muncii de terapeut** și să ajute efectiv indivizii să găsească cea mai bună soluție a ieșirii din impas.

De obicei, terapeutul apelează la una din următoarele două modalități:

1) spune oamenilor ce pot să facă, atunci când *dorește ca ei să facă* acel lucru, dar nu le impune;

2) spune oamenilor ce să facă, atunci când *nu dorește ca ei să facă* lucrul respectiv.

În primul caz, terapeutul cere efectiv unei persoane să întreprindă un anumit tip de acțiune. De exemplu, dacă o mamă se amestecă când tatăl și fiul încearcă să discute, terapeutul îi poate spune mamei să nu se mai amestece. Indiferent de modul în care îi cere acest lucru (mai blând sau mai ferm), terapeutul îi spune să renunțe la acest mod de comportament.

A cere cuiva să nu mai facă ceva este una dintre cele mai dificile sarcini. Este nevoie ca terapeutul să exagereze anumite consecințe ale comportamentului ce trebuie schimbat, este nevoie să coopereze cu ceilalți membri ai familiei, este nevoie să încerce ceva nou.

În al doilea caz, terapeutul vrea să obțină schimbarea cu ajutorul revoltei pacientului față de ceea ce i se cere să facă. Aceasta este o intervenție paradoxală. Apelând la acest tip de terapie, el trebuie să fie destul de diplomat pentru a nu se discredita în fața celor pe care îi consiliază.

Pentru ca terapeutul să reușească să-i motiveze pe membrii cuplului disfuncțional să-i urmeze indicațiile, el poate alege două căi:

1) *abordarea indirectă*, când îi determină pe parteneri să vorbească despre tot ceea ce au încercat să întreprindă pentru a rezolva problema. Pe măsură ce nereușitele sunt enumerate, ele pot fi scoase în evidență, partenerii conștientizând încă o dată că toate încercările lor au eșuat. De aceea, vor fi mai dispuși să urmeze indicațiile terapeutului.
2) *abordarea directă*, când membrii cuplului sunt încurajați să vorbească despre cât de disperată este situația lor. În această situație, decât să-i liniștească (spunându-le că nu e așa de rău), terapeutul va fi de acord cu aceștia, arătându-le că și el consideră situația foarte dificilă. Astfel, el va folosi disperarea lor, ca motivație în acceptarea prescripțiilor lui.

Terapeutul trebuie să țină cont de fiecare în parte atunci când fixează sarcinile. În timp ce intervievează o familie, el va observa comportamentul spontan al membrilor ei și va fixa sarcinile în funcție de trăsăturile respectivei familii. De exemplu, dacă membrii familiei acționează într-un mod sistematizat și logic, sarcina cerută trebuie să fie una sistematică și logică, pentru că este mai probabil să fie îndeplinită.

De asemenea, terapeutul trebuie să fie perceput ca având autoritate și credibilitate. Dacă se comportă ca și cum și-ar cunoaște meseria, există o mare probabilitate ca oamenii să facă ceea ce le cere.

Nu în ultimul rând, modul în care terapeutul descrie importanța sarcinii este relevant. De exemplu, terapeutul poate spune: *Vă voi cere să faceți un lucru care vă va părea stupid, dar pe care totuși vreau să-l faceți.* În acest caz, familia nu poate considera că sarcina este stupidă, atâta timp cât terapeutul a menționat singur că este.

Când terapeutul trasează o sarcină, el trebuie să ceară întotdeauna la întrevederea următoare o relatare despre aceasta. În general, rezultatul este unul din următoarele trei:

1) sarcina a fost îndeplinită;
2) sarcina a fost îndeplinită parțial;
3) sarcina nu a fost îndeplinită.

Dacă familia a îndeplinit sarcina, ea este felicitată și interviul continuă din acel punct. Dacă membrii familiei au îndeplinit-o parțial, este necesar să se explice de ce nu a fost îndeplinită în totalitate. Terapeutul nu trebuie să accepte scuze pentru această situație, deoarece, dacă ar face-o, probabilitatea ca ei să nu îndeplinească următoarea sarcină ar crește considerabil.

În condițiile în care membrii familiei nu au îndeplinit sarcina, cea mai bună atitudine din partea terapeutului este să arate că ei au pierdut o oportunitate de a ieși din impas. Dacă partenerii apreciază că îndeplinirea sarcinii nu le-ar fi fost de vreun folos, terapeutul le-ar putea spune că nu vor ști niciodată acest lucru de vreme ce nu au îndeplinit-o. Mai mult, dacă în timpul interviului se ridică alte probleme, el poate sublinia că problemele respective puteau fi și ele eliminate dacă ar fi îndeplinit sarcina trasată. Accentuarea vinovăției îi motivează pe parteneri să nu mai repete această situație și să rezolve prompt sarcinile următoare care le revin.

• Cum abordează terapeutul problema?

Modul cum abordează un terapeut o problemă maritală este determinat de mai mulți factori. Printre aceștia, cei mai importanți sunt:

a) *Terapeutul trebuie să evite minimizarea problemelor*. Indiferent de problemele existente într-un cuplu, terapeutul nu trebuie să încerce să atenueze

impasul, minimizându-l. Dacă va proceda astfel, membrii cuplului vor pleca de la premisa că el nu înțelege gravitatea situației lor și s-ar putea chiar să renunțe la ideea de terapie.

De exemplu, dacă soțul crede că soția este indiferentă față de prietenii lui, terapeutul ar trebui să sublinieze că aceasta este o problemă importantă; dacă soția nu simte că soțul o tratează cu respect, terapeutul ar trebui să exploreze în detaliu această problemă.

Practic, orice problemă poate părea minoră, dar lucrurile nu sunt chiar atât de simple pe cât par. În spatele ei se ascund altele, poate chiar mai importante decât ceea ce trebuie consiliat.

b) *Terapeutul trebuie să evite lucrurile abstracte*. Este bine ca el să ceară partenerilor unui cuplu să se concentreze asupra unor comportamente concrete și nu asupra unor probleme mari.

De exemplu, soția intelectuală care susține drepturile femeilor ar putea ezita să-și formuleze obiecțiile de a spăla lenjeria murdară a soțului ei, dar tocmai aici se poate manifesta problema cea mai importantă; soțul care protestează că soția sa nu este afectuoasă, poate fi centrat pe felul cum dorește el să fie primit când se întoarce acasă de la muncă.

Terapeutul trebuie să caute un comportament concret, o regulă precisă care să ducă la schimbare.

c) *Terapeutul va evita, în mod constant, să fie prins într-o coaliție*. El trebuie să fie imparțial, să nu țină cont de similitudinea de sex cu unul dintre parteneri. De asemenea, terapeutul trebuie să-și țină propriile prejudecăți în afara schimbărilor pe care le caută cuplul consiliat.

d) *Terapeutul trebuie să accentueze rolul prezentului și să evite trecutul*. În general, partenerii văd situația lor ca o consecință a lucrurilor care s-au întâmplat în trecut. Terapeutul ar trebui să găsească ceva în prezent care să permită iertarea, astfel încât perechea să poată depăși situația conflictuală.

Desigur, uneori un lucru din trecut poate fi folosit pentru a motiva cuplul în prezent. De exemplu, se pot identifica motivele care-i făceau fericiți pe parteneri în trecut și se pot reactualiza la noua conjunctură.

e) *Terapeutul trebuie să evite să permită adoptarea unor poziții ireversibile*. În majoritatea situațiilor, este foarte important ca partenerii să nu fie lăsați să adopte o poziție pe care n-o mai pot schimba. Trebuie lăsat loc pentru deschidere, dialog, trebuie flexibilizată viața unui cuplu.

• Problema puterii în cuplu

Multe cupluri ajung la disensiuni din cauza împărțirii ariilor de control, a autorității și puterii. Partenerii împart puterea în multe feluri. De exemplu, un

soţ poate să ia toate deciziile privind modul în care se vor cheltui resursele financiare, iar celălalt poate stabili pattern-ul de socializare al copiilor.

De obicei, bărbatul poate fi într-o poziţie superioară sau inferioară în raport cu femeia în arii diferite sau alternativ. Aceste arii ale competenţei pot conduce la o diviziune a puterii şi la un aranjament ierarhic care este satisfăcător pentru ambii soţi.

Uneori, membrii familiei se influenţează unii pe alţii în moduri care redimensionează problema ariilor de control, chiar dacă ei multiplică numărul problemelor în loc să le simplifice. De exemplu, comportamentul disfuncţional al unui copil îi determină pe părinţi să-şi reorienteze atenţia asupra lui şi să ignore vechile probleme ale lor. Astfel, situaţia copilului îl poate face pe tată să treacă în plan mai îndepărtat nemulţumirile soţiei, iar pe aceasta să uite de rolul scăzut al ei în luarea deciziilor. Din această perspectivă, copilul apare – în acelaşi timp – ca fiind neajutorat (datorită comportamentului său), dar şi puternic (ca ajutor dat familiei). Însă, odată ce problema dispare, vechile surse generatoare de conflict reapar, de multe ori cu o intensitate crescândă.

Problemele care apar pornesc în special din ignorarea ideii potrivit căreia relaţia modernă de parteneriat surprinde *reciprocitatea* puterii şi autorităţii, pe diferite niveluri şi în diferite intensităţi, în contextul mai general al unui egalitarism afirmat şi, tot mai des, pus în practică.

Partea negativă a ideologiei egalitariste rezidă, însă, în faptul că orice diferenţă este văzută ca o sursă de inegalitate, ceea ce ar putea crea impresia că toate sarcinile, toate rolurile, pot fi îndeplinite atât de bărbat, cât şi de femeie. Această impresie este total greşită, pentru că există anumite elemente de specificitate care diferenţiază cele două sexe, ca să nu mai vorbim că, de la un cuplu la altul, există deosebiri în ceea ce priveşte rolurile asumate, în funcţie de particularităţile persoanelor şi relaţiei respective.

Din această perspectivă, *o egalitate prin lipsa diferenţelor nu este posibilă*, mai ales că există şi punctul de vedere potrivit căruia orice relaţie socială este esenţialmente ierarhică. Cu alte cuvinte, între oricare două persoane intervine reciprocitatea, dar şi *asimetria*, una dintre ele tinzând s-o domine pe cealaltă. În cuplu situaţia este aceeaşi, chiar dacă aici intervin sentimentele de dragoste sau de afecţiune faţă de partener.

Prin urmare, *egalitatea este posibilă cu ajutorul diferenţelor*, printr-o complementaritate a rolurilor, atitudinilor şi comportamentelor celor două sexe, printr-o echilibrare a domeniilor şi nivelurilor în care cei doi îşi exercită autoritatea şi puterea. Altfel spus, autoritatea şi puterea între cele două sexe pot fi relativ egal distribuite, în condiţiile în care suma activităţilor (şi importanţei acestora) desfăşurate de o femeie ar fi echivalentă cu suma activităţilor (şi importanţei acestora) desfăşurate de un bărbat. Matematic, relaţia ar fi următoarea:

$$\sum_{i=1}^{n} f(F_i, x_i) = \sum_{k=1}^{m} f(B_i, y_i)$$

$$\sum_{i=1}^{n} f(F_i, x_i) = f(F_1, x_1) + f(F_2, x_2) + \ldots + f(F_n, x_n)$$

$$\sum_{k=1}^{m} f(B_i, y_i) = f(B_1, y_1) + f(B_2, y_2) + \ldots + f(B_m, y_m)$$

unde n – numărul total de activități desfășurate de femeie
m – numărul total de activități desfășurate de bărbat
F – activitate desfășurată de femeie
M – activitate desfășurată de bărbat
x – importanța activității desfășurate de femeie
y – importanța activității desfășurate de bărbat

Se observă că numărul activităților desfășurate de cele două sexe nu este identic, el variind în funcție de importanța acordată de cuplu fiecărei activități în parte. Mai mult, acest număr are un caracter schimbător, el putând fi renegociat în condițiile în care contextul inițial suferă modificări (apariția unui copil, șomaj, decesul unui părinte etc.).

Se mai observă că fiecare activitate are o importanță diferită, ceea ce nu înseamnă că nu pot exista activități care să aibă ponderi egale. În esență, însă, noi considerăm că echivalența activităților (în funcție de importanța acestora) între femeie și bărbat duce la o echilibrare a raporturilor de autoritate și putere. Situația se complică, cu cât luăm în considerare mai mulți indicatori. De exemplu, dacă avem în vedere *timpul* avut la dispoziție de fiecare, atunci numărul activităților suferă o nouă renegociere. Totuși, indiferent de numărul indicatorilor avuți în vedere, de numărul renegocierilor, prin dialog și înțelegere se poate ajunge la o relativă egalizare a autorității și puterii în sistemul familial.

Dintr-o altă perspectivă, conceptul de „luare a deciziilor" este perceput ca fiind unul dintre indicatorii principali ce definesc raportul de autoritate și putere. Totuși, situația este relativă, în contextul în care luarea deciziilor nu este sinonimă nici cu puterea, nici cu autoritatea. Este posibil ca decizia să fie luată de către un membru al cuplului, pentru că celălalt membru a delegat funcția de luare a deciziei sau, pur și simplu, nu este interesat. În aceste cazuri (delegare sau renunțare deliberată) puterea pare să fie legată de cei care nu iau decizia. Cu alte cuvinte, dacă un membru al cuplului are o capacitate decizională mai mare decât celălalt nu înseamnă, neapărat, că are o autoritate sporită față de partener.

Situaţia se complică şi mai mult, în condiţiile în care intervin o serie de expectaţii greşite privind autoritatea şi puterea pe care trebuie să le aibă un individ dintr-o anumită clasă socială. De exemplu, bărbatul dintr-o clasă socială inferioară pretinde autoritate pe baza modelului tradiţional, în timp ce, în luarea propriu-zisă a deciziilor, soţia contemporană deţine o autoritate substanţială. Această discrepanţă între autoritatea pe care bărbatul crede că ar trebui s-o aibă şi puterea pe care o deţine de fapt cauzează o instabilitate maritală considerabilă.

Tocmai de aceea, în stabilirea structurii de autoritate şi putere în cuplu trebuie să se ţină cont de mai mulţi indicatori, care, intercorelaţi, să definească mai exact raporturile dintre parteneri. Intervine, în acest caz, relaţia cauzală complexă, neliniară, potrivit căreia o multitudine de cauze (x1, x2, ... xn) pot conduce la producerea efectului, dintre acestea unele fiind mai importante, mai vizibile sau mai frecvente decât altele. Totuşi, neacţionând *împreună şi deodată* (I. Mânzat, 1999), între aceste cauze nu există o relaţie unică sau sigură, ceea ce face ca raporturile de autoritate şi putere să aibă la bază cauzalităţi neliniare, corelate permanent cu probabilitatea, nu cu certitudinea.

Acest fenomen tinde să se generalizeze în societatea contemporană, deoarece raporturile de autoritate şi putere tind să devină negociabile şi mereu schimbătoare, în funcţie de apariţia/ modificarea/ dispariţia unor factori cu rol important în influenţarea cauzelor ce generează aceste raporturi. Orice negociere sau redefinire a importanţei unui indicator poate avea ca efect modificarea autorităţii în cuplu. De exemplu, revenind la conceptul de „luare a deciziilor", numeroase cercetări arată faptul că (la nivel declarativ) luarea deciziilor se doreşte a fi egalitară, cu excepţia zonei finanţelor, unde soţiile preferă decizii reciproce, în timp ce soţii mai degrabă ar despărţi zonele de cheltuială şi ar decide unilateral. Acest fapt ridică noi probleme, atât în domeniul deciziilor privind cheltuirea bugetului familiei, cât şi în relaţia de interdependenţă cu celelalte cauze (cine aduce mai mulţi bani în familie, cine are priorităţi mai mari în viitorul apropiat etc.) care pot influenţa structura de autoritate şi putere.

- **Problemele de ordin sexual**

Cele mai multe anxietăţi sau nelinişti conjugale pleacă de la insatisfacţia (reală sau imaginară) legată de viaţa sexuală. Natura problemelor se referă la durata, calitatea şi frecvenţa contactelor sexuale. A face dragoste *când vrea ea* poate confirma unui bărbat iubirea soţiei lui, pe când la o femeie a face dragoste *când vrea el* poate însemna că se foloseşte de ea sau că o domină. Atunci când femeia este respinsă, ajunge să creadă că nu mai este atractivă. În

schimb, bărbatul se simte jignit dacă observă o lipsă de entuziasm sau neimplicare din partea soției în actul sexual. Așadar, *semnificațiile simbolice* atribuite de cei doi parteneri actului sexual sunt periculoase, pentru că pot genera disfuncții și nemulțumiri.

De asemenea, implicații deosebite sunt determinate și de *momentul dorinței sexuale* care, de multe ori, nu coincide la cei doi parteneri. O cercetare efectuată pe trei eșantioane diferite (primul constituit din 75 de cupluri aflate la prima căsătorie, cu vechimea căsătoriei între 5-20 ani, al doilea alcătuit din 75 de cupluri necăsătorite, cu vechimea concubinajului de cel puțin un an, al treilea format din 75 de cupluri necăsătorite, între care nu există coabitare) a ajuns la o serie de concluzii foarte interesante:

1) frecvența relațiilor nedorite în anul precedent interviurilor a fost mai înaltă în cuplurile căsătorite;

2) explicațiile date de subiecți sunt asemănătoare, printre cauzele cele mai frecvente regăsindu-se: oboseala, tensiunile și supărările unuia dintre parteneri. Surprinzător, foarte puțini dintre cei intervievați au indicat plictiseala sau insatisfacția drept motive majore pentru lipsa de dorință.

De ce se ajunge aici? **Terapeuții spun că problemele sexuale apar atunci când există o proastă comunicare între parteneri.** În multe cazuri, unul dintre ei nu reușește să-i comunice celuilalt ce simte sau ce ar vrea cu adevărat. Paradoxal, deși exprimarea dorințelor ar trebui să fie cel mai ușor lucru într-o relație intimă, psihologii descoperă frecvent că majoritatea indivizilor care declară că se iubesc fără limite au așteptări despre care preferă să nu discute cu partenerii lor. Terapeutul poate focaliza discuțiile despre sex, utilizând un set de sugestii, adaptate variabil, de la cuplu la cuplu, de tipul celor caseta 1.

Nemulțumirile privind insatisfacția vieții sexuale pornesc și din ignorarea ideii potrivit căreia femeia posedă dorință sexuală, la fel de viguroasă și chiar mai puternică decât cea a bărbatului. Pe de altă parte, cei care conștientizează acest lucru se lovesc de alte probleme. De exemplu, neliniștile masculine au crescut, bărbații devenind stresați și complexați de ideea că, dacă nu-și vor satisface partenera, o pot pierde, situație nouă, care-i obligă să fie mult mai atenți la așteptările și dorințele acesteia. Așa se face că femeile au început să fie dorite și visate mai mult ca înainte, corpul lor, venerat și prețuit, iar zonele erogene înalt valorizate. Bărbații au început să conștientizeze rolul fiecărei părți a corpului femeii în relația sexuală și modalitățile de excitare a acestora, în vederea obținerii unei stări care să favorizeze apariția orgasmului.

Schimbarea de optică asupra poziției active a femeii în raportul sexual a generat și efecte negative. Cel mai important rămâne acela că bărbații devin atât de preocupați de propria performanță, încât înlocuiesc dorința sexuală cu dorința erecției și a orgasmului. Mulți visează să ejaculeze foarte târziu, nu

pentru a se satisface mai mult, ci pentru a obliga femeia (epuizată de un număr excesiv de orgasme) să implore: *„Ajunge, ajunge!"*. În esență, bărbatul contemporan a devenit un sclav al femeii, al sexului sau, mai bine-zis, al sexului femeii. El suferă de „obligația de juisare generală, de constrângerea de eficacitate hedonică, înțeleasă în termeni de erecție/ ejaculare permanente" (Bruckner și Finkielkraut, 1977). Acest fapt l-a determinat să devină mai arogant, mai agresiv și mai disprețuitor față de femeie, trăsături ce creionează portretul unui bărbat întotdeauna nesigur, neliniștit de virilitatea sa.

Sugestii pentru îmbunătățirea vieții sexuale

- discutați sincer cu partenerul ce vă satisface cel mai mult;
- întrebați-l cum ar dori să procedați pentru a fi și el satisfăcut;
- nu neglijați aspectul nonverbal al comunicărilor sexuale; uneori asemenea mesaje vorbesc mai mult decât cuvintele;
- aveți răbdare cu partenerul și țineți cont și de dorințele lui;
- fiți conștient că preferințele sexuale se pot schimba de-a lungul timpului;
- dacă partenerul respinge un tip de activitate sexuală, nu înseamnă că vă respinge pe dvs, ca persoană.

Caseta 1

De cealaltă parte, femeia și-a câștigat unul dintre cele mai importante drepturi: acela de a fi respectată ca femeie, de a nu mai fi privită ca obiect sexual, de a pretinde satisfacție sexuală și nu doar de a oferi. Practic, până la sfârșitul secolului XIX, femeii nu i se acorda creditul dorinței sexuale, nu exista plăcere sexuală feminină. A trebuit să apară distincția lui S. Freud între orgasmul clitoridian și orgasmul vaginal, pentru a se acorda mai multă atenție trăirilor femeii în actul sexual și pentru a se conștientiza faptul că satisfacția bărbatului crește o dată cu creșterea satisfacției femeii. Referitor la distincția freudiană, au apărut păreri potrivit cărora nu există diferențe între cele două orgasme, deoarece clitorisul este anexat vaginului, vaginul este anexat labiilor mici, iar labiile mici sunt anexate clitorisului. Toată formația de organe sexuale este legată direct de măduva spinării și de creier, fiind deci imposibil a afirma că orgasmul este dependent în totalitate de o structură sau alta. Practic, deși orgasmele pot varia în frecvență și în intensitate, se consideră că toate încep și se termină în același loc: axa vagin-labii-clitoris.

Revenind la demersul nostru, secolul XX e dominat de răsturnarea concepției potrivit căreia, în actul sexual, femeia este elementul pasiv și bărbatul cel activ, ajungându-se la concluzia că femeia a devenit activ-pasivă,

în timp ce bărbatul a rămas mai mult pasiv-activ. De altfel, aşa cum susţine J. Evola (1969), activitatea la bărbat şi pasivitatea la femeie nu privesc decât planul exterior, pentru că, în intimitate, femeia este cea care posedă şi bărbatul este cel posedat. Totuşi, ideea de posesiune este destul de relativă, dacă ne gândim că femeia nu poate să posede decât devenind pasivă: dacă ea se oferă cu prea multă îndrăzneală, bărbatul dă înapoi, pentru că ţine să fie el cuceritorul. Însă, şi bărbatul are impresia că posedă, deoarece el domină pentru că i se creează această iluzie. Prin urmare putem afirma cu certitudine că, prin conştientizarea de către femeie a puterii ei de atracţie, pretenţia bărbatului de a poseda s-a diminuat considerabil, însă nu putem fi siguri dacă această pretenţie s-a mutat în dreptul femeii. Mai degrabă tindem să fim de acord cu ipoteza lui S. de Beauvoir (1949) care afirmă că, exceptând cazurile de viol, nimeni nu posedă pe nimeni.

Dorinţa femeii de a ajunge la orgasm a devenit aşa de mare, încât ea va încerca să-l oprească alături pe bărbatul care o poate satisface. Deşi tinde să caute continuu, să nu se limiteze la o singură relaţie sexuală toată viaţa, femeia nu este sinceră când pretinde că nu vrea decât o aventură, urmărind plăcerea, căci plăcerea (departe de a o elibera) o leagă de bărbat. Mai gravă este situaţia când actul sexual rămâne singurul lucru care leagă două persoane, căci posibilităţile de a permanentiza relaţia se reduc considerabil.

În esenţă, femeia a devenit şi ea sclava sexului, şi implicit a bărbatului, chiar dacă feminismul crede că a făcut din bărbat sclavul femeii. Plăcerea e prea mare pentru a refuza căutarea orgasmului, iar stigmatul a devenit din ce în ce mai mic. Dorinţa s-a transformat în obsesie, şi femeia obsedată obţine, de obicei, ceea ce vrea...

Există, aşadar, o isterie masculină la fel de apăsătoare ca şi isteria feminină. Prin urmare, indivizii tind să nu-şi mai păstreze controlul asupra sentimentelor şi senzaţiilor, asupra felului în care se manifestă în fiecare aspect al relaţiei sexuale de cuplu, pentru că n-ar avea decât de pierdut: lipsiţi de spontaneitate şi/sau inhibaţi, s-ar condamna singuri la necunoaşterea împlinirii sexuale. De aceea, se încearcă ieşirea din normele schematice şi rigide ale sexului tradiţional, chiar dacă există încă bărbaţi care folosesc mereu poziţia misionarului („bărbatul deasupra") de teamă să nu fie consideraţi pasivi sau femei care refuză poziţia deasupra bărbatului, pentru a nu părea prea „fierbinţi". Totuşi, se pare că s-a depăşit stadiul în care partenerii suportau ani în şir chinul unor poziţii detestate şi nu îndrăzneau să ceară ceea ce i-ar fi stimulat cu adevărat. Ca atare, s-au diversificat modurile de acuplare, ca modalitate de obţinere reciprocă a orgasmului.

Însă alegerea unor poziţii de duet sexual trebuie făcută cu înţelegere pentru nevoile fiecăruia. Poziţia care bărbatului îi procură satisfacţie maximă ar putea fi indiferentă femeii, iar tehnica pe care ea o crede a fi expresia sofisticării erotice, pe el să îl lase complet rece.

- **Cum rezolvăm o problemă de cuplu?**

Există opinii potrivit cărora, pentru rezolvarea unei probleme de cuplu, sunt necesari cinci paşi. Aceştia pot fi consideraţi posibile repere în lucrul cu cuplurile disfuncţionale, putând acoperi secvenţe importante din întâlnirile terapeutice:

a. Revizuiţi-vă mentalitatea

Dacă vă gândiţi că problema nu se poate rezolva, vă înşelaţi amarnic. Orice situaţie are o ieşire, important este să vreţi să o descoperiţi. Gândiţi pozitiv şi determinaţi-vă şi partenerul să gândească aşa. Veţi vedea cu alţi ochi şi cu altă minte problema care vă frământă.

b. Identificaţi corect problema

Gândiţi-vă singur, discutaţi apoi şi cu partenerul şi căutaţi să precizaţi cât mai clar situaţia care vă nemulţumeşte. Întrebările din caseta 2 vă pot ajuta să identificaţi corect problema.

Identificaţi corect problema

- care este problema pe care o avem?
- în ce condiţii apare ea?
- ce persoane sunt prezente când apare problema?
- cum reacţionăm când apare problema?
- ce trebuie să schimbăm?
- ce mă împiedică să soluţionez problema?

Caseta 2

c. Identificaţi toate soluţiile

Încercaţi să găsiţi cât mai multe soluţii pentru a vă rezolva problema. Enumeraţi-le pe toate în ordinea în care apar, fără a încerca să le evaluaţi.

d. Identificaţi cele mai bune soluţii posibile

Priviţi lista soluţiilor găsite de dvs. şi încercaţi să vă imaginaţi ce se va întâmpla dacă încercaţi fiecare soluţie (vezi caseta 3).

Proiecţia efectelor unei soluţii

- ce se va întâmpla dacă alegem soluţia *x*?
- cum se va simţi partenerul meu?
- cum mă voi simţi eu?
- ce efecte negative pot apărea?
- va rezolva în totalitate problema?

Caseta 3

e. Identificați cea mai bună soluție

Priviți lista cu soluțiile care v-au mai rămas și încercați să vă gândiți care ar fi cea mai bună dintre acestea. Alegeți-o și puneți-o în practică.

• Comportamentele reciproc negative

Cuplurile nefericite au, în general, puține interacțiuni plăcute, majoritatea fiind încărcate de supărare, blam sau pedeapsă. Relația dintre membrii unui cuplu disfuncțional se caracterizează adesea prin *comportament negativ reciproc:* dacă unul dintre soți se comportă negativ, partenerul consideră că este îndreptățit să răspundă cu aceeași monedă și astfel începe un lanț de interacțiuni negative.

Un astfel de lanț de comportamente negative poate fi activat, chiar și în condițiile în care nu s-a urmărit acest lucru. De exemplu, unul dintre parteneri se așteaptă să fie criticat pentru că nu și-a îndeplinit o anumită sarcină în gospodărie care îi revenea. Când celălalt deschide discuția despre sarcina respectivă, chiar dacă întrebarea este neutră în ton și cuvinte, *cel care așteaptă critica răspunde cu o altă critică*, referitoare la un lucru pe care nici partenerul nu l-a îndeplinit. Acesta simte tonul critic și se simte atacat, așa că atacă și el. Din acest moment, ei încetează să se mai asculte cu atenție unul pe celălalt și nu fac altceva decât să pregătească contra-atacuri la atacurile primite.

Incapacitatea de a rezolva conflictul, lipsa îndemânării în a detensiona dizarmonia predispune cuplul la acumularea unei serii de conflicte nerezolvate care pot crea un *context negativ*, în care angajarea partenerilor în rezolvarea constructivă a problemelor să fie puțin probabilă.

La acest lucru contribuie și ceea ce psihologii au denumit *prejudecata egoistă.* Fără să-și dea seama, oamenii au tendința să interpreteze evenimentele dintr-o perspectivă subiectivă, care îi plasează în poziția cea mai favorabilă. Această prejudecată egoistă are o influență puternică asupra relațiilor cu ceilalți. În terapie, se poate aborda acest aspect, folosind câteva dintre sugestiile următoare: *„Amintiți-vă de momentele când ați discutat cu partenerul, fie în glumă, fie în serios, despre sacrificiile făcute de fiecare în căsnicia dvs., despre contribuțiile pe care le-ați avut la bunul mers al acesteia și veți conștientiza că v-ați supralicitat rolul, dintr-o dorință de a vă demonstra, atât dvs., cât și partenerului dvs., că lucrurile pozitive vi se datorează în mai mare măsură, iar de cele negative nu sunteți așa de mult răspunzător.*

Ar fi bine să nu vă mai amăgiți, să încercați să priviți obiectiv faptele dvs. și ale celuilalt, deoarece prejudecata egoistă lărgește prăpastia dintre voi și vă transformă intimitatea în câmp de luptă."

- **Terapia centrată pe comunicare**

O bună comunicare înseamnă ca partenerul să înțeleagă exact ceea ce ai vrut să îi transmiți. În acest scop, trebuie ca ambii membri ai cuplului să se asigure că mesajul nu e distorsionat. Cel care transmite mesajul trebuie să fie clar și precis și să verifice dacă celălalt a înțeles sensul informațiilor sale. În același timp, cel care receptează mesajul trebuie să se asigure că percepția lui nu este deformată.

Din nefericire, există multe cazuri când *intenția* și *impactul* au conținuturi diferite, o serie de cauze putând explica acest lucru.

În primul rând, același mesaj poate avea impact diferit în funcție de tonalitatea vocii sau starea de spirit a celui care transmite informația. *Ești alintată ca o pisică* poate fi atât o formă de alint (când e spusă cu o voce caldă), dar poate suna și ca un reproș (când nervozitatea caracterizează glasul bărbatului).

În al doilea rând, starea de spirit a celui care receptează afectează și ea conținutul mesajului. Astfel, pentru o persoană deprimată, un compliment poate suna fals. Într-o dispoziție mai bună, el poate fi considerat sincer.

În al treilea rând, foarte mulți dintre noi avem tendința de a presupune că celălalt înțelege ce vrem să-i spunem și ne surprinde când aflăm că, de fapt, nu este deloc așa. Nu ne interesează feed-back-ul, rareori îl cerem și de puține ori ni se oferă. Acest lucru se întâmplă mai ales în cazurile în care presupunem că celălalt ne cunoaște atât de bine încât el înțelege ce vrem să-i comunicăm. Mai mult, deseori considerăm că partenerul ne poate citi și gândurile. Această *scurtătură* în comunicare generează probleme deosebite pentru că este destul de greu să identifici ce simte sau ce gândește o altă persoană, fără să o întrebi.

Concluzionând, distorsiunile ce apar între comunicatori pot fi explicate prin faptul că aceștia nu conștientizează că mesajele au două componente:

1) *o componentă de conținut*, ce se referă la ceea ce vrei să transmiți;
2) *o componentă-sentiment*, care se referă la modul în care este rostit mesajul.

Cu alte cuvinte, același conținut poate fi spus în moduri diferite, în funcție de starea de spirit pe care o avem în momentul respectiv. De asemenea, același conținut poate fi receptat în moduri diferite, în funcție de sentimentele prin care trece cel care trebuie să decodifice mesajul. Puțini sunt conștienți de ambele aspecte ale mesajului, pentru că puțini cer sau oferă feed-back. Aceasta este o dimensiune a comunicării ce trebuie permanent avută în vedere în terapie, descoperită și exersată pentru a se evita neînțelegerile, disfuncționalitățile, dizarmoniile și pentru a se îmbunătăți calitatea relației de parteneriat.

Cele mai mari șanse de a conștientiza ambele aspecte ale mesajului le au persoanele flexibile, deschise, tolerante și empatice. Dimpotrivă, persoanele

rigide şi intolerante gândesc că este o pierdere de vreme să încerce să înţeleagă şi punctul de vedere al celuilalt. Aşa că, în acest caz, nimeni nu ascultă şi amândoi ajung să devină frustraţi, necomunicativi şi, în ultimă instanţă, singuri. Conştientizarea mecanismelor şi experienţelor prin care au devenit două persoane „singure sub acelaşi acoperiş" construieşte o bună parte a demersului terapeutic.

Destule complicaţii apar şi în condiţiile în care mesajul este înţeles. Una dintre acestea rezidă în faptul că abordarea unei probleme ajunge să genereze discuţii colaterale, mergându-se până acolo încât se uită de unde s-a plecat şi se încearcă rezolvarea altor aspecte care n-au reprezentat sursa iniţială de dialog.

În acelaşi context, nu puţine sunt situaţiile când partenerul îi comunică celuilalt o nemulţumire, ca răspuns la nemulţumirile care i s-au prezentat. Practic, membrii cuplului nu rezolvă nimic acuzându-se reciproc, pentru că în acest mod nu se soluţionează niciuna dintre nemulţumiri. Câteva repere în optimizarea comunicării de cuplu pot fi utile deopotrivă terapeutului şi clienţilor.

Aşadar, pentru a îmbunătăţi comunicarea, trebuie să ţineţi cont de ceea ce apare sintetizat în caseta 4:

Ce trebuie să faceţi

- ascultaţi atent conţinutul, dar observaţi şi starea afectivă a celuilalt;
- nu uitaţi niciun moment ce problemă se discută;
- enumeraţi-vă nemulţumirile şi rezolvaţi-le pe rând;
- nu deviaţi discuţia de la această problemă;
- încercaţi să înţelegeţi punctul de vedere al partenerului;
- nu favorizaţi apariţia culpabilizărilor;
- cereţi şi oferiţi feed-back;
- nu consideraţi că înţelegeţi gândurile celuilalt. Întrebaţi-l.

Caseta 4

• Cum să fim sinceri cu partenerul

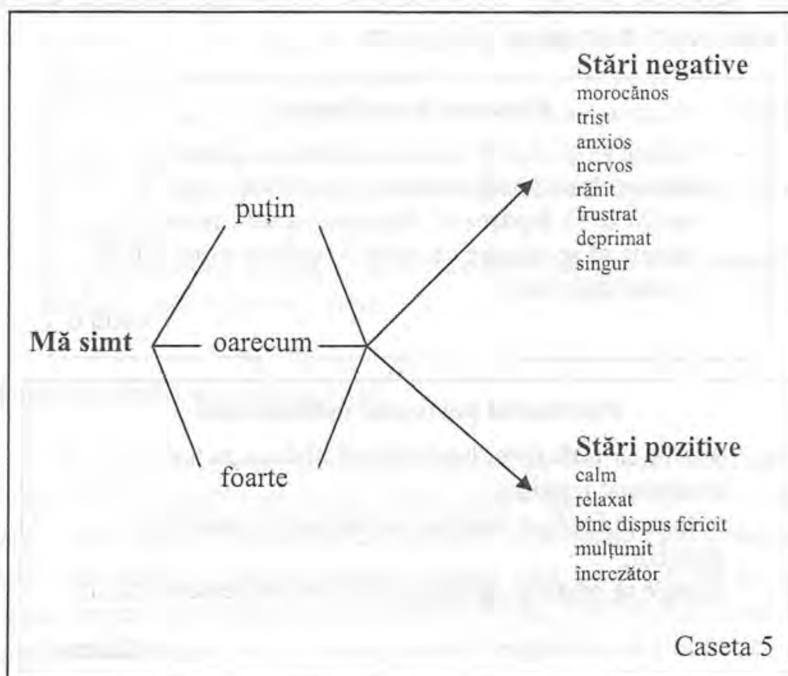
O bună relaţie de parteneriat se caracterizează şi prin faptul că cei doi au disponibilitatea de a-şi spune sincer unul altuia ce simt, de a-şi exprima sentimentele clar şi concis. Membrii cuplului ar trebui să-şi clarifice aşteptările şi dorinţele, să identifice prin dialog lucrurile care-i apropie sau cele care-i îndepărtează.

În foarte multe situaţii, însă, se evită comunicarea sinceră a acestor aspecte, datorită următoarelor motive:

1) individul consideră că nu va mai fi iubit la fel de mult de partener, atunci când acesta va observa lipsurile sau vulnerabilitățile celui cu care trăiește;
2) se poate deteriora armonia cuplului prin discutarea unor aspecte ce ar scoate în evidență neconcordanțele dintre parteneri;
3) celălalt își poate pierde încrederea în partener și în relație, atunci când se aduc în discuție probleme care-l vizează și nemulțumiri de care se face direct răspunzător.

Terapeutul sprijină partenerii în identificarea și depășirea acestor idei preconcepute, pentru că ele nu fac altceva decât să le ofere o liniște aparentă. În spatele ei se vor ascunde și multiplica frustrările și nemulțumirile, care, mai devreme sau mai târziu, vor exploda cu o intensitate sporită. Iată câteva repere și sugestii: *„Luați-vă inima în dinți și comunicați sincer cu partenerul ce credeți că merge și ce nu în relația dvs. Dacă vă iubește, veți găsi împreună modalitățile de rezolvare a tensiunilor latente ce plutesc amenințător deasupra relației. Dacă nu, aveți șansa să descoperiți acest lucru și să vă căutați fericirea în altă parte.*

Gândiți-vă, înainte de a vă discuta problemele, în ce stare sufletească vă aflați, dacă ea este întâmplătoare sau dacă este chiar consecința problemelor pe care vreți să le abordați. În orice situație ați fi, căutați să modificați ceva astfel încât să depășiți stările negative pentru a avea acces la cele pozitive" (vezi caseta 5).



Caseta 5

O modalitate eficientă de a comunica sincer cu partenerul este *cutia cu sugestii*. Iată procedura: *„Dacă vă este greu să vă comunicați verbal nemulțumirile, confecționați două cutii pentru sugestii. Scrieți pe un bilețel nemulțumirea avută și puneți-o în cutia celuilalt. Scrieți câte o singură nemulțumire pe bilețel, pentru a putea fi mai ușor și mai repede soluționată. Important este să nu lecturați nemulțumirile celuilalt decât în momentul când vă simțiți pregătit pentru acest lucru. Nu trebuie să fiți într-o stare de disconfort, deoarece veți avea dificultăți în a încerca să înțelegeți și punctul de vedere al partenerului. De asemenea, este important să programați un timp când amândoi puteți vorbi despre modalitățile prin care credeți că se va rezolva nemulțumirea exprimată"*.

Dacă nu vă surâde varianta cutiei cu sugestii, puteți apela la o alta, și anume *întrunirea de familie*, care are trei stadii:

1) *ascultarea nemulțumirilor*

În acest stadiu unul dintre parteneri ascultă plângerile celuilalt și se asigură că înțelege exact mesajul care se dorește a fi transmis. Ce trebuie să facă, atât persoana nemulțumită, cât și partenerul care ascultă nemulțumirile, apare sintetizat în casetele 6 și 7.

2) *construirea agendei*

În acest stadiu se alcătuiește o listă cu aspectele exacte care se încearcă a fi rezolvate. Ele trebuie să fie cât mai punctuale și reciproc acceptate de parteneri.

3) *rezolvarea nemulțumirilor*

Stadiul rezolvării nemulțumirilor vizează punerea în practică a aspectelor negociate anterior. Dacă lucrurile merg bine, problema dispare și lasă loc alteia, care va urma același algoritm.

Persoana nemulțumită

- trebuie să-și afirme nemulțumirile clar și precis;
- trebuie să nu-l învinovățească pe celălalt, ci să-l motiveze să depășească împreună acest impas;
- trebuie să se asigure că celălalt înțelege exact fondul nemulțumirilor ei.

Caseta 6

Partenerul persoanei nemulțumite

- trebuie să vadă nemulțumirile celuilalt ca pe niște sentimente legitime;
- trebuie să încerce să înțeleagă empatic perspectiva celuilalt;
- trebuie să caute să nu răspundă cu propriile nemulțumiri.

Caseta 7

Un exemplu care evidențiază importanța primelor două stadii este prezentat mai jos:

1) **ascultarea nemulțumirilor**

   El: Casa e întotdeauna într-o mare dezordine și nu-mi place deloc.
   Ea: Nu e toată casa mereu în dezordine.
   El: De obicei, este.
   Ea: Ce anume te deranjează, de fapt?
   El: Cred că bucătăria, cel mai mult.
   Ea: De ce?
   El: Mă deranjează că vasele stau zile întregi îngrămădite, în loc să fie puse în ordine imediat.
   Ea: Ei bine, dacă n-am ieși seara atât de mult amândoi, ar fi posibil să fac ceea ce vrei.
   El: Nu asta e problema. Ai timp destul să pui vasele la loc până plecăm.
   Ea: Aș avea, dacă m-ai ajuta și tu. Asta e problema.
   El: Spui că nu te ajut destul?
   Ea: Exact, și acest lucru mă deranjează.
   El: Dar eu mă ocup mai mult cu gătitul, așa că am crezut că tu trebuie să faci curat.
   Ea: Te ocupi tu cu gătitul, dar și eu spăl, calc și fac cumpărături. Mă ajuți prea puțin și vrei prea mult de la mine.

2) **construirea agendei**

   El: Bun, ce-ar fi dacă fac eu curat și gătești tu? Sau tu mă ajuți să gătesc, iar eu te ajut să faci curat.
   Ea: Sună bine. Mi-ar plăcea, însă, ca joia, când amândoi suntem foarte ocupați, să mâncăm în oraș.
   El: Bună idee. Ne putem permite să ieșim să mâncăm o dată pe săptămână.
   Ea: Deci, oricine ar găti, celălalt face curat. Iar joia luăm masa în oraș.
   El: Bine, hai să batem palma.

• Rolul politeții în comunicare

O serie de cercetări evidențiază faptul că soții sunt mai nepoliticoși unul față de altul, decât sunt fiecare dintre ei față de străini. Acest lucru scade calitatea comunicării, agresivitatea verbală diminuând sinceritatea dintre parteneri. În caseta 8 regăsiți câteva sugestii care vă pot ajuta în demersul terapeutic centrat pe optimizarea relației de cuplu, într-o manieră prescriptivă comportamentală, mai curând educațională. Desigur aceste puncte, ca și altele din casetele anterioare, pot fi utilizate și în altă manieră terapeutică, prin

provocare, experimentare, conştientizare şi găsirea pe cont propriu a unui comportament mai potrivit, acţiune dirijată discret de către terapeut.

Reguli ale politeţii în comunicare

- daţi şansa celuilalt să termine ce are de spus. Nu întrerupeţi brusc discuţia;
- nu folosiţi un limbaj grosolan;
- spuneţi calm şi argumentat ceea ce puteţi face şi ceea ce nu;
- nu vă enervaţi, pentru a nu induce şi celuilalt această stare;
- dacă simţiţi că aveţi reacţii impulsive, mai bine închideţi discuţia şi o redeschideţi altădată.

Caseta 8

De asemenea, trebuie să aveţi în vedere faptul că este indicat să nu vă exprimaţi nemulţumirile într-o manieră negativă, ci într-una pozitivă. Formulări de genul: *Tu niciodată nu...* sau *Nu vrei să înţelegi că...* induc o motivaţie mai scăzută la schimbare decât cele pozitive, cum ar fi: *Aş fi mult mai fericită dacă...* sau *Ar însemna mult pentru mine să...*

Partea proastă este că multe nemulţumiri sunt generale şi puţine sunt specifice. Un exemplu relevant este prezentat mai jos:

Plângere generală: Nu te interesează niciodată ce fac eu.

Plângere specifică: Niciodată nu mă întrebi cum mi-am petrecut şi eu ziua. De obicei îmi povesteşti doar ce ai făcut tu.

După ce aţi transformat plângerea generală într-una specifică, transformaţi-o din negativă în pozitivă.

Plângere specifică negativă: Niciodată nu mă întrebi cum mi-am petrecut ziua.

Plângere specifică pozitivă: Aş vrea să mă întrebi şi pe mine cum mi-am petrecut ziua.

În caseta 9 regăsiţi o serie de plângeri specifice negative. Pentru exerciţiu, încercaţi să le transformaţi în plângeri pozitive.

Plângeri specifice negative

- nu mă săruţi pasional decât când vrei să facem sex;
- când te ridici de la televizor să-ţi iei o bere, nu mă întrebi şi pe mine dacă vreau să-mi aduci ceva;
- îţi inviţi prietenii la cină, fără să mă întrebi care sunt planurile mele;
- niciodată nu îmi faci complimente;
- nu-mi ceri niciodată părerea pentru deciziile importante.

Caseta 9

Iată câteva formulări posibile în manieră prescriptivă: *„Revenind la rolul politeții în comunicare, atunci când aveți o zi proastă, este bine să vă avertizați partenerul că nu el este vinovat de starea dvs. De asemenea, nu transferați nervii dvs. asupra celuilalt, căutați să vă liniștiți și numai după aceea reluați interacțiunea cu el.*

În condițiile în care nu puteți evita o discuție aprinsă, gândiți-vă dacă merită să vă certați pentru respectiva problemă. Este ea atât de importantă ca să justifice tensiunea dintre voi? Dacă da, argumentați-vă punctul de vedere într-un mod politicos. Dacă nu, nu vă creați singuri alte probleme".

În caseta 10 vă prezentăm alte câteva reguli de politețe ce trebuie respectate într-o discuție familială.

Reguli ale politeții în comunicare

- începeți conversația într-un mod prietenos;
- păstrați zâmbetul în conversație;
- căutați să oferiți sugestii pozitive. Acceptați opiniile celuilalt și construiți-vă argumentația în funcție de aceste opinii;
- păstrați spiritul de glumă, fără a fi ironic;
- fiți răbdător, pentru că, altfel, puteți da impresia că nu luați în serios nemulțumirile partenerului.

Caseta 10

Politețea în comunicare se referă și la ceea ce specialiștii au denumit *ascultare activă*. Majoritatea oamenilor, atunci când partenerii le vorbesc despre problemele lor profesionale sau despre altele care pe ei nu-i interesează, au o expresie facială care denotă indiferență. A fi ascultător activ înseamnă însă să răspunzi cu ochii, cu mintea, cu mimica. Din respect față de partener trebuie *să fii* sau cel *puțin să dai de înțeles că ești* atent. Pentru aceasta este necesar să te uiți în ochii interlocutorului când asculți și să nu afișezi o figură impasibilă. Din această perspectivă, ascultarea activă presupune ca cel care receptează mesajul să aibă în vedere sugestiile din caseta 11.

Trăsăturile ascultării active

- privește-mă când vorbesc!
- întreabă-mă, dacă nu înțelegi!
- repetă lucrurile pe care le spun!
- nu mă grăbi!
- menține subiectul până când termin ce am de spus!

Caseta 11

Ascultarea activă presupune, de asemenea, şi punerea unor întrebări. Multe persoane evită să formuleze întrebări din teama de a nu deveni ridicole. Ele nu ştiu, probabil, că secretul unei conversaţii reuşite nu constă în a avea ceva interesant de spus, ci în a fi interesat de ceea ce partenerul vorbeşte cu tine. De asemenea, cel care ascultă trebuie să evite să apară în situaţii care pe celălalt îl irită (vezi caseta 12).

Nemulţumiri legate de modul în care este receptat mesajul

- *„nu se uită niciodată la mine când vorbesc. Nici nu ştiu dacă mă ascultă sau nu";*
- *„comportamentul lui nu-mi permite să-mi dau seama dacă înţelege ce vreau să-i spun";*
- *„se comportă de parcă mi-ar face o favoare prin faptul că mă ascultă";*
- *„pune întrebări de parcă s-ar îndoi de tot ceea ce spun".*

Caseta 12

Detaliem în continuare şi alte elemente ce pot constitui subiect de consiliere cu o componentă comportamental–prescriptivă: *„O altă regulă de politeţe este aceea de a-ţi încuraja partenerul să detalieze subiectul care pe el îl fascinează. Prin aceasta, el îşi dă seama că îi acorzi atenţie şi că îţi pasă de preocupările lui. Mai mult, dacă îi dai libertatea de a vorbi cât vrea despre un anumit subiect, el nu va abuza de ea, pentru că aceeaşi politeţe îl va determina să nu te plictisească prea tare, direcţionând discuţia spre alte probleme sau preocupări.*

O modalitate diplomatică de a schimba discuţia este asocierea. Ea constă în legătura pe care o poţi face între ceea ce spune partenerul şi ceea ce ţi s-a întâmplat ţie sau altor persoane semnificative din viaţa ta. Împărtăşirea acestor gânduri transformă interlocutorul în ascultător şi redirecţionează discuţia în sensul dorit de tine, fără ca celălalt să-şi dea seama că vechea temă de conversaţie nu te interesa".

Din punctul nostru de vedere, o valoare terapeutică mai semnificativă ar putea s-o aibă transformarea acestor conţinuturi în tot atâtea situaţii experienţiale bazate pe joc de rol, care permite nu doar exersarea noului comportament, ci şi înţelegerea sensului şi efectelor lui în realitate, experimentând în cadrul terapeutic noul mod de intercomunicare şi interacţiune al cuplului focusat. Schimbările se pot produce în timp **dacă** se schimbă perspectiva înţelegerii asupra modului de intrare în contact şi se extinde conştientizarea sensului şi semnificaţiilor mesajelor comunicate, verbal şi nonverbal, în relaţia de cuplu.

- **Bariere în comunicare**

Simţim nevoia de a fi împreună cu altcineva, care ne acceptă aşa cum suntem şi ne tolerează defectele pe care le avem. Simţim nevoia de a fi înţeleşi, chiar dacă nu găsim întotdeauna modalităţile cele mai potrivite de a spune clar ceea ce vrem.

Studii clinice şi psihologice au demonstrat că problemele maritale sunt datorate în special deficienţelor comunicaţionale. De asemenea, satisfacţia conjugală apare ca fiind direct proporţională cu capacitatea de a dialoga sincer cu celălalt. Din această perspectivă, cercetările au arătat că partenerii din cuplurile fericite diferă semnificativ de cei din familiile nefericite, prin faptul că primii vorbesc mai des despre intenţiile, nemulţumirile şi problemele lor, căutând să le rezolve într-o manieră activă.

Barierele care apar în comunicare sunt favorizate de factorii prezentaţi în caseta 13.

Sursele barierelor comunicaţionale

1. Diferenţele culturale
2. Diferenţele de gen-rol
3. Comunicarea indirectă
4. Folosirea diferită a cuvintelor
5. Presupunerile incorecte şi generalizarea
6. Comunicarea contradictorie
7. Monologul
8. Comunicarea defensivă

Caseta 13

Dacă în ceea ce priveşte diferenţele culturale şi cele de gen-rol lucrurile sunt evidente (partenerii evitând să-şi spună unul altuia ce îi deranjează în efectuarea unor sarcini care le sunt atribuite sau impuse, fără a fi dorite sau interiorizate), comunicarea indirectă distorsionează destul de profund calitatea relaţiei de parteneriat. În esenţă, ea protejează individul de riscul respingerii mesajului prezentat *fără perdea*, dar devine disfuncţională în condiţiile în care ajunge să fie folosită foarte frecvent.

Înţelesul diferit acordat aceluiaşi mesaj îngreunează comunicarea, ca şi tentaţia de a generaliza. De asemenea, presupunerile incorecte determină disfuncţionalităţi, ce se pot amplifica pe măsura trecerii timpului (vezi caseta 14).

Comunicarea contradictorie se referă la faptul că două sau mai multe mesaje trimise de aceeaşi persoană se opun între ele. În această situaţie receptorul nu mai ştie ce să creadă, mai ales atunci când *şi semnalele nonverbale* nu concordă cu cele exprimate verbal.

Exemplu de presupunere incorectă

Terapeutul: Ce vă deranjează cel mai mult?
Ea: Faptul că nimeni nu mă ajută în casă.
Terapeutul: Vă referiți la soț?
Ea: Da.
Terapeutul: I-ați spus să vă ajute?
Ea: Cred... presupun că el știe.
Terapeutul: I-ați spus?
Ea: Nu.

Caseta 14

Monologul inhibă efectiv comunicarea și interacțiunea dintre parteneri. El este frustrant pentru receptor, pentru că nu-i oferă posibilitatea de a-și exprima dezacordul față de mesajul oferit. Comunicarea defensivă este și mai supărătoare, deoarece apare când o persoană se simte amenințată de cealaltă și comunică cu ea, ascunzându-se în spatele acestor temeri.

Pentru a fi eficientă, comunicarea trebuie să îndeplinească mai multe condiții, cele mai importante fiind prezentate în caseta 15.

Condițiile esențiale ale comunicării

- *claritatea* – expunere sistematică și concisă;
- *proprietatea* – utilizarea termenilor adecvați pentru exprimarea exactă a intențiilor;
- *naturalețea* – exprimarea firească, fără o căutare forțată a unor expresii sau cuvinte.

Caseta 15

De asemenea, este recomandabil ca partenerii să încerce să țină cont de sugestiile aflate în caseta 16.

Evitați:

- să întrebați în loc să răspundeți;
- să fiți impasibil, lipsit de reacție.

Căutați:

- să înțelegeți nemulțumirile celuilalt;
- reluați în forme diferite conținutul mesajului.

Caseta 16

În aceeaşi ordine de idei, este indicat să aveţi în vedere următoarele:

1) Faceţi afirmaţii folosind mai degrabă *Eu* decât *Noi* (folosirea lui *Noi* presupune că ştiţi ce simte celălalt, fără a verifica dacă aşa stau lucrurile);
2) Faceţi afirmaţii folosind mai degrabă *Eu* decât *Tu* (afirmaţiile conţinând *Tu* invadează teritoriul celuilalt şi sunt destul de riscante).

- **Agenda ascunsă**

O importantă parte a demersului terapeutic de tip corectiv-optimizator are în vedere lucrul cu „agenda ascunsă". Cam care ar fi conţinutul discuţiilor brodate şi orientate spre această temă rezultă din pasajele următoare:

„*Nu de puţine ori, atunci când dialogăm cu partenerul de viaţă, avem tendinţa să îi ascundem anumite idei care nouă ni se par importante. Agenda ascunsă reprezintă suma acestor idei, adică frământările care, din diverse motive, rămân neexteriorizate şi, implicit, nerezolvate.*

Dacă agenda va rămâne ascunsă mai multe zile, săptămâni sau chiar ani, insatisfacţia şi frustrarea vor creşte, dizarmoniile şi disensiunile se vor amplifica. Veţi începe să vă simţiţi singuri chiar dacă trăiţi împreună. Ajungeţi să uitaţi să vă bucuraţi de viaţă, chiar dacă aveţi grijă să exteriorizaşi o aparenţă liniştitoare. Dimpotrivă, rezolvarea agendei ascunse poate reînvia senzaţia de a fi îndrăgostit, poate readuce romantismul şi poate conferi conceptului de „toleranţă" alte dimensiuni.

Agenda ascunsă se manifestă, de cele mai multe ori, în felul următor: discutaţi cu partenerul, însă, în timp ce credeţi că vă referiţi la o anumită problemă, fiecare vă gândiţi, de fapt, la o alta, ascunsă sau implicită. De exemplu, aţi putea discuta despre posibilitatea de a vă petrece sărbătorile de iarnă cu părinţii unuia dintre voi. S-ar putea, totuşi, ca adevărata problemă să fie dacă celălalt te iubeşte atât de mult încât să meargă la socrii, în loc să petreacă alături de prieteni, într-o atmosferă mai relaxantă şi mai puţin tradiţionalistă."

În general, dacă unul dintre parteneri are o agendă ascunsă, s-ar putea ca el să interpreteze toate mesajele celuilalt prin filtrul acelei agende. În acelaşi timp, el poate exterioriza frământările sale *în mod indirect* în cadrul unor discuţii colaterale, agenda fiind exprimată, dar rămânând în mod conştient ascunsă.

Partea proastă este că mulţi dintre noi declanşează o adevărată muncă de detectiv pentru a strânge „dovezi" care să susţină această agendă ascunsă. Efectul pervers al acestor căutări este că se distorsionează conţinutul mesajelor, creându-se discrepanţe între intenţie şi impact. Exemple de distorsiuni ale mesajului sunt prezentate în tabelul 1.

Pentru o înțelegere mai clară, vom detalia primul exemplu. În acest caz, soția are agenda ascunsă *„El nu mai ține la mine"*. S-ar putea ca ea să aibă dreptate, dar s-ar putea și ca ea să denatureze mesajele. Poate că soțul este, într-adevăr, îngrijorat în legătură cu sănătatea ei, dar poate că ea a privit acest mesaj ca pe o dovadă că soțul nu mai este atras de ea. Aici, problema este nu ce a intenționat el prin acest mesaj ori dacă ea îl distorsionează sau nu. Problema este că agenda ei a rămas ascunsă. Atâta timp cât este ascunsă ea nu poate fi rezolvată. Sentimente puternice vor fi asociate cu ea și fiecare mesaj va părea să aibă „un mesaj în mesaj"

Tabelul 1

Mesaj	**Agendă probabilă**
EL: Ar trebui să te duci la doctor. Arăți foarte rău.	EA: Nu mă mai iubește. Se gândește că sunt urâtă.
EA: Nu cred că ar trebui să avem un copil până termin studiile	EL: Nu vrea să rămână cu mine. Nu s-a implicat în relație.
EA: Astă seară sunt obosită. Aș prefera să nu facem sex.	EL: Ei nu-i pasă de mine.
EL: Repetă, te rog, nu te-am ascultat. Mă gândeam la altceva.	EA: Nu-l interesez

Există **trei tipuri de agende ascunse** (tabelul 2). Cea mai des întâlnită este *agenda ascunsă negativă*, care are ca problemă centrală *afecțiunea*. Filtrul care operează este „Soțul/ soția nu mă iubește" și dovezile sunt adunate pentru a hrăni acest sentiment de durere. Fiecare mesaj este evaluat în termenii acestui filtru de afecțiune. Al doilea tip de agendă este *agenda de răspuns*. Aici, problema centrală este *interesul*, iar filtrul care operează este „Soțului/ soției nu îi pasă de mine și nu îl/ o interesează problemele mele". Mesajele sunt filtrate pentru a arăta această lipsă de interes sau de răspuns. Al treilea tip este *agenda ascunsă de statut*. În acest caz, problema centrală este *influența*. Filtrul care operează este „Soțul/ soția nu mă tratează ca pe un egal". Mesajele sunt filtrate pentru a arăta că partenerul este dominator.

Tabelul 2

Tip de agendă ascunsă	**Problema centrală**	**Filtrul care operează**
Negativă	Afecțiunea	Celălalt nu mă iubește
De răspuns	Interesul	Celuilalt nu-i pasă de mine
De statut	Influența	Celălalt nu mă tratează ca pe un egal

Pentru a particulariza, gândiţi-vă la cuplul dvs. Veţi conştientiza că, cel puţin dvs., aveţi o agendă ascunsă dacă:

1) aveţi unele probleme pe care vă este frică să le discutaţi, probleme care vă sperie, pe care evitaţi să le discutaţi;
2) aveţi sentimente puternice în legătură cu un lucru şi le ascundeţi;
3) aveţi probleme despre care vorbiţi mereu, dar vă învârtiţi în cerc, nereuşind cu adevărat să faceţi vreun progres.

Un exemplu de recunoaştere a unei agende ascunse este redat în caseta 17.

EL: Hai să încercăm să ne amestecăm printre ceilalţi invitaţi la petrecerea asta.
EA (*Nu vrea să stea cu mine*): Mai bine nu mergem dacă o stai cu alte femei.
EL (*Nu are încredere în mine*): Dar ar trebui să faci şi tu cunoştinţă cu alţi oameni.
EA (*Nu îl mai interesez*): Dar sunt prea timidă.
EL (*Nu ţine cont de ce-i spun*): Nu-i adevărat. Ştiu că poţi s-o faci.
EA (*Nu-i place cum sunt*): Bine, o să merg la petrecere.

Caseta 17

Cum putem rezolva problema agendelor ascunse? Prin eliminarea a ceea ce cuplurile aşează deasupra mesajelor lor. Dacă celălalt nu reuşeşte să fie sincer cu noi, atunci noi trebuie să identificăm ceea ce se află în spatele mesajelor lui. Această muncă de decriptare se poate face în mai multe şedinţe terapeutice. Exemple de mesaje care ascund în spatele lor interogaţii sau nelinişti existenţiale sunt redate în caseta 18.

Mesajul celuilalt	**Reacţie ascunsă**
Aş vrea să ştiu părerea ta.	Mi-e frică să-ţi spun ce simt.
Vreau să-mi spui ce pot să fac pentru a fi o soţie bună.	Sunt furioasă pe tine pentru că nu apreciezi eforturile mele.
Aş vrea ca anul acesta să nu mai petrecem sărbătorile cu părinţii tăi.	Când mergem la mama ta mă răneşti întotdeauna şi nu mă simt bine.

Caseta 18

Agendele ascunse apar chiar şi în căsătoriile cele mai liniştite şi nu trebuie ignorate niciodată. Ele pot semnala doar supărări minore, dar este mai

probabil să aprindă semafoare roşii, indicând faptul că partenerul care selectează mesajele duce în spate o încărcătură periculoasă de nemulţumiri care se umflă ca un balon. În orice caz, indiciile existenţei unei agende ascunse ar trebui examinate pentru a vedea ce se află dincolo de ele.

Când canalele de comunicare se blochează cuplurile descoperă, de obicei, că ceea ce îi uneşte reprezintă mult mai puţin decât ceea ce îi separă. Însă, o dată ce agendele ascunse sunt eliminate şi comunicarea devine sinceră şi matură, tensiunile par să se risipească, iar armonia poate să mai atenueze angoasele conştientizării unor opinii diferenţiate, apărute pe parcursul unei maturizări relaţionale diferenţiate.

Există două etape importante cu ajutorul cărora se pot demonta agendele ascunse:

1) Trebuie să *asculţi* suficient de bine, pentru a putea *rezuma* ceea ce spune partenerul tău.
2) Trebuie să *ieşi* din cadrul punctului tău de vedere şi să încerci să *înţelegi* validitatea punctului de vedere al partenerului.

Un exemplu care evidenţiază rolul ascultării şi rezumării este prezentat în caseta 19.

EA: Cred că problema este că eu nu sunt satisfăcută când facem dragoste. Adică, uneori îmi place, dar de cele mai multe ori nu este prea grozav.
EL: Aşadar, tu doar cedezi dorinţelor mele. Mă faci să mă simt prost.
EA: Ce vrei să spui? Obţii ceea ce doreşti. Nu înţeleg de ce te plângi.
EL: Hai să vedem atunci de ce te plângi tu. De ce nu eşti satisfăcută?
EA: Cred că principala mea nemulţumire este că tu nu eşti prea romantic când suntem în pat.
El: Vrei să spui că te tratez cam impersonal. (*Aici soţul rezumă ceea ce a spus soţia, utilizând alte cuvinte.*)
EA: Da, uneori mă simt folosită.
EL: Înţeleg. Însă, de multe ori simţeam că tu nu mă vrei lângă tine şi asta mă făcea să mă simt prost.
EA: Spui că eu nu îţi arăt că vreau să fim apropiaţi. (*Aici soţia rezumă ceea ce a spus soţul, folosind alte cuvinte.*)
EL: Corect. Acum ajungem la adevăratele probleme.

Cuplul este gata acum să-şi explice problemele şi să găsească o soluţie în timp.

Caseta 19

O situaţie des întâlnită şi de puţine ori rezolvată este agenda ascunsă apărută în relaţia noră-soacră. Soţia se simte insultată de părinţii soţului, simte că lor nu le place modul în care ea efectuează anumite sarcini şi presupune că ei cred că nu este destul de bună pentru fiul lor. Bărbatul se simte prins la mijloc,

tras într-o parte și în alta de cei doi adversari neraționali pe care el ar vrea să-i împace. Agenda ascunsă a soției este de obicei următoarea: „Cărei familii îi aparții tu? Ești soțul meu sau fiul lor?”. Agenda ascunsă a părinților este: „De cine asculți tu? Cine te-a crescut?”. În această situație bărbatul încearcă să medieze relațiile dintre soție și părinți. El se gândește: „Dacă măcar s-ar asculta unii pe alții!”. Neascultându-se, soțul trebuie să fie acela care să le comunice părinților că este fericit alături de soție, așa cum este ea. De asemenea, trebuie să-i explice soției că părinții lui îl iubesc, îi vor numai binele și trebuie acceptați ca atare. El trebuie să-și susțină soția în fața părinților, iar aceștia trebuie să vadă că el respectă opiniile soției lui și că așteaptă același respect din partea lor.

Experiența ne arată că agenda ascunsă și, implicit, problemele dintre cele două părți nu sunt rezolvate întotdeauna prin menținerea atitudinii de mediere a soțului. Ele pot fi rezolvate numai prin atacarea directă a agendelor ascunse. Soția trebuie să explice părinților soțului ce poate să-i ofere fiului lor și cât de mulțumit este acesta cu ceea ce primește. De cealaltă parte, socrii trebuie să fie mai concilianți, pentru a nu distruge fericirea fiului lor.

Acestea sunt doar câteva exemple privind rolul negativ al agendelor ascunse în viața conjugală și familială. Depinde de fiecare dintre noi să le eliminăm, să spunem clar celuilalt ce nemulțumiri avem, pentru a putea fi înlăturate. Și aceasta se poate învăța în cadrul unei consilieri sau al unei terapii maritale.

- **Jocul comunicațional**

În linii mari, oamenii adoptă patru tipuri de atitudini:

1) *de conciliere* – cei care încearcă să rezolve împăciuitor o situație problematică;
2) *de blamare* – cei care aruncă vina pe ceilalți pentru problemele apărute;
3) *rațională* – cei care iau în calcul toate datele pentru a găsi soluția cea mai potrivită;
4) *nerelevantă* – cei care sunt evazivi și lasă pe alții să decidă.

Dvs. aparțineți unuia dintre aceste tipuri. Însă, pentru a putea rezolva cu succes o situație familială conflictuală, trebuie să înțelegeți și atitudinea celorlalți, trebuie să descifrați și motivația poziției adoptate de aceștia. Cea mai eficace modalitate de a înțelege este punerea în locul celuilalt. Din această perspectivă, terapeuții, împreună cu clienții pot experimenta diverse *jocuri de rol. Iată câteva sugestii: „Acum dvs., partenerul și chiar copilul dvs. încercați să preluați fiecare câte un tip de atitudine, altul decât acela pe care-l aveți de obicei. Nu vă puteți imagina cât de surprins veți fi să constatați că o să aveți o altă viziune asupra unor opinii care, până atunci, păreau a fi de nezdruncinat”.* În caseta 20 vă prezentăm o listă de combinații pe care le puteți folosi.

De asemenea, exemplificăm două tipuri de situații pentru a înțelege mai bine cum acționează jocul comunicațional.

Exemplul 1

Tatăl-soț (*blamând*): De ce nu ai planificat concediul nostru?

Mama-soție (*blamând*): De ce țipi? Ai la fel de mult timp ca și mine!

Fiul (*blamând*): Tăceți din gură. Întotdeauna vă certați. Oricum nu voi pleca în vacanță cu voi.

Tatăl-soț (*blamând*): Tacă-ți gura. Eu sunt cel care face regulile aici.

Mama-soție (*blamând*): Cine spune asta? Și apoi, fiule, nu te amesteca în treburi care nu te privesc!

Tatăl	**Mama**	**Fiul**
Blamare	Blamare	Blamare
Conciliere	Conciliere	Conciliere
Hiper-raționalizare	Hiper-raționalizare	Hiper-raționalizare
Nerelevant	Nerelevant	Nerelevant
Blamare	Blamare	Conciliere
Conciliere	Conciliere	Hiper-raționalizare
Hiper-raționalizare	Hiper-raționalizare	Nerelevant
Nerelevant	Nerelevant	Blamare
Blamare	Conciliere	Hiper-raționalizare
Nerelevant	Conciliere	Blamare

Și combinațiile pot continua...

Caseta 20

Exemplul 2

Tatăl-soț (*conciliant*): Unde ai vrea să mergi, draga mea?

Mama-soție (*hiper-rațională*): Dacă ar fi să ne luăm după vremea prognozată, mai bine mergem la munte.

Tatăl-soț (*conciliant*): Cum spui tu, draga mea.

Fiul (*conciliant*): Mamă, tu întotdeauna planifici vacanțe frumoase.

Mama-soție (*hiper-rațională*): Bine, voi începe să fac bagajele mâine dimineață.

Capacitatea dvs., dar și a clientului dvs., în cazul în care sunteți consilier sau terapeut, de a intra într-un joc comunicațional reprezintă un semn al maturității și al dorinței de a evita sau rezolva situațiile problematice. A putea să-ți ceri scuze fără să fi conciliant, a nu fi de acord fără să blamezi sunt comportamente obținute

mult mai uşor în cazul acelora care înţeleg necesitatea acestor jocuri. Aceste persoane au posibilitatea de a creşte, de a se dezvolta, de a-şi găsi echilibrul şi maturitatea, de a îmbunătăţi calitatea relaţiei conjugale sau familiale.

- **Identificarea şi negocierea regulilor**

Fiecare dintre noi trăieşte după anumite reguli, impuse de alţii sau de propria dorinţă de a pune puţină ordine într-o existenţă care, altfel, ne-ar scăpa de sub control. Uneori adoptăm sau preluăm reguli fără a fi conştienţi, alteori le interiorizăm atât de mult încât nu observăm că, la un moment dat, ele intră în contradicţie cu evoluţia realităţii sociale, devenind perimate şi disfuncţionale.

Însă, de foarte puţine ori, sesizăm rolul important al acestora în funcţionarea vieţii familiale. Abia în momentele de criză observăm, de fapt, că lipsa regulilor, inadvertenţa sau anomia lor generează insatisfacţie şi dizarmonie, stări pe care încercăm să le eliminăm, chiar dacă nu întotdeauna apelăm la modalităţile cele mai indicate.

Una dintre cele mai eficiente modalităţi constă în identificarea, cu ajutorul comunicării, a regulilor care ne ghidează viaţa, păstrarea acelora care sunt validate la nivel familial şi reformularea altora ce-şi găsesc justificarea doar în egoismul sau prejudecăţile unora dintre noi. Acest lucru se poate realiza astfel:

Procedură. *„Aşezaţi-vă împreună cu ceilalţi membri ai familiei în jurul unei mese şi scrieţi fiecare pe o coală de hârtie regulile după care vă desfăşuraţi viaţa personală şi familială. Enumeraţi-le fără a emite judecăţi de valoare în privinţa utilităţii sau a respectării lor.*

Citiţi-le, apoi, cu voce tare, fiecare în parte. Veţi fi surprinşi când veţi constata câte deosebiri sunt între listele lecturate. Acest lucru vă va ajuta să descoperiţi unele dintre motivele neînţelegerilor voastre, faptul că unele reguli nu sunt bine înţelese de ceilalţi, iar altele nu sunt nici măcar acceptate.

Încercaţi, apoi, să descoperiţi care reguli mai sunt de actualitate şi care sunt depăşite. Veţi observa, dacă nu ştiaţi până atunci, cine face regulile în familia dvs., cât de dispuşi sunteţi la schimbare şi cât de toleranţi sunteţi în raport cu nevoile altora."

Negocierea sinceră a regulilor poate avea loc doar în familiile unde fiecare are dreptul la cuvânt. **Libertatea cuvântului implică trei arii majore:**

1) Ce poţi spune despre ceea ce vezi şi auzi? Dacă ai anumite nelămuriri sau dacă ai anumite stări interioare (frică, furie etc.) generate de comportamentele celor de lângă tine, ţi le poţi exprima?
2) Cui i le poţi spune? Le discuţi cu oricare din membrii familiei sau doar cu unii dintre ei?

3) Cum procedezi dacă nu ești de acord cu cineva sau ceva? Ai curaj să dialoghezi cu membrii familiei despre asta? Chiar dacă tocmai ei sunt sursa nemulțumirilor?

Important de reținut este faptul că, indiferent de natura sentimentelor, dacă membrii familiei nu și le cunosc reciproc, dacă ei nu pot vorbi despre ele, creșterea personală a fiecăruia va avea de suferit.

În multe familii există subiecte care nu sunt abordate niciodată, pentru a nu redeschide răni ale trecutului sau pentru a evita stări de spirit negative. Acest lucru nu face decât să scadă încrederea interpersonală, să reducă sinceritatea și să blocheze comunicarea.

De asemenea, sunt destule cazuri în care adulții evită să discute anumite lucruri cu copiii „pentru a-i proteja". Regula este exprimată de obicei prin „Ești prea mic(ă) ca să...", implicația fiind că lumea adulților este prea complicată pentru ca tu – un simplu copil – să o poți cunoaște. Ceea ce face ca pattern-ul *tu ești prea mic* să fie și mai rău este faptul că adultul îi sugerează copilului că lumea lui mărginită. *Ești doar un copil; ce știi tu...* sau *Asta e o copilărie...* spun părinții. Această tendință de a evita discutarea anumitor aspecte la vârsta copilăriei poate genera blocaje comunicaționale grave intergeneraționale.

Un alt aspect al tabuurilor familiale este legat de **secrete.** Mulți părinți încearcă să ascundă copiilor lor anumite lucruri din trecut sau din prezent: *mama a născut un copil înainte să se căsătorească, unul din părinți are cazier, tatăl are o amantă, mama are un iubit* etc. Ei consideră că, dacă nu vorbesc de aceste probleme, este ca și când nu ar fi existat. Acest lucru nu funcționează niciodată, cu excepția cazului când toți cei pe care vrei să îi protejezi sunt surzi, proști și orbi.

Ca o concluzie, orice regulă care-i împiedică pe membrii familiei să comenteze sau să știe ceea ce se întâmplă reprezintă o sursă excelentă pentru dezvoltarea unei persoane mărginite, ignorante și necreative și a unei situații familiale asemănătoare.

Dimpotrivă, familia ale cărei reguli permit libertatea aflării și comentării oricărui lucru (indiferent cât este de dureros sau păcătos) are cele mai mari șanse să fie o familie care te ajută să crești. Indiferent de gravitatea ei, orice faptă poate fi discutată și înțeleasă de cei care-ți sunt cei mai apropiați. Numai vorbind despre ea, poți învăța cum să eviți reapariția ei, poți să descoperi fragilitatea umană și rolul contextului în adoptarea anumitor atitudini.

Așadar, verificați regulile după care trăiți. Sunt ele flexibile, deschise, potrivite cu vremurile? Sau sunt rigide, închise și depășite? Dacă regulile dvs. aparțin mai mult celei de-a doua categorii, cred că vă dați seama că este necesară o schimbare. Dacă regulile fac parte din prima categorie, este foarte probabil să fiți fericit.

- **Mecanismul familial**

Într-o familie, interacțiunile și activitățile nu se produc la întâmplare. Există o mecanică a familiei, apropiată foarte mult de inginerie: evaluezi resursele, vezi ce obiective ai și te gândești la modalitățile de înfăptuire. Fiecare membru al familiei are timpul său, capacitatea de a gândi, de a simți, energie fizică și emoțională, experiență anterioară. Toate acestea reprezintă materia primă care susține mecanismul familial.

Cea mai mare problemă a unei familii este legată de alegerea unor modalități ineficiente de a gestiona resursele membrilor săi. Una din cele mai frecvente plângeri este aceea că indivizii consideră că au prea multe lucruri de făcut și prea puțin timp pentru ele. Pentru a remedia acest lucru, ați putea proceda în același mod în care ați făcut-o atunci când ați identificat regulile care vă ghidează viața:

„Așezați-vă la o masă și întocmiți fiecare o listă a tuturor activităților necesare funcționării optime a familiei. În listă veți include lucruri precum spălarea și călcarea hainelor, gătitul, curățenia, cumpărăturile, calcularea cheltuielilor etc. Dacă aveți animale, o grădină sau un câmp, le veți include și pe acestea pe listă.

Scrieți apoi cine îndeplinește fiecare sarcină în familia dvs. și cât de mulțumit sunteți de modul în care este realizată. Veți descoperi dacă sarcinile sunt inegal distribuite, dacă sunt îndeplinite toate sarcinile, cât de bine le realizează fiecare.

Discutați cu ceilalți și împărțiți sau reîmpărțiți sarcinile în funcție de disponibilități, capacități și alți factori care țin de familia dvs. Stabiliți-le în așa măsură încât să poată fi realizate la nivel optim și nu preluate doar formal".

Mecanismul intern al familiei trebuie să asigure fiecărui membru o evidență concretă a valorii sale. Fiecare persoană trebuie să aibă sentimentul că a contribuit *cu ceva* la bunul mers al vieții familiale.

În același timp, totul trebuie negociat pentru a putea fi realizat cu plăcere. De exemplu, dacă soția îi cere soțului: *vreau să merg la cumpărături, iar tu mergi cu mine pentru că ești soțul meu*, el va fi de acord numai pentru a evita o ceartă. Însă, în mod sigur nu va fi o companie prea plăcută. Dacă i se cere acordul, iar el consimte să își ajute soția, cu totul altfel vor sta lucrurile.

În condițiile în care timpul petrecut cu ceilalți este prea mic (datorită serviciului, deplasărilor etc.), puteți flexibiliza și mai mult reîmpărțirea sarcinilor. *Separați activitățile familiale în două categorii:* ***acum*** *și* ***mai târziu****. Evident, sarcinile din prima categorie au prioritate, cele din a doua categorie fiind abordate dacă situația o va permite.*

Probleme la fel de importante și la fel de frecvente derivă din **folosirea timpului** care rămâne după ce sarcinile au fost îndeplinite. Acest timp poate fi

împărţit în trei categorii:

1) timp pentru sine;
2) timp pentru un anumit membru al familiei
3) timp pentru toţi.

Mulţi se plâng că timpul petrecut împreună de toţi membrii familiei este foarte scurt. Alţii se arată deranjaţi de faptul că nu mai pot avea un timp al lor, în care să stea singuri, fără a fi disturbaţi.

- **Cum să depăşim monotonia?**

Pentru identificarea unor modalităţi de depăşire a monotoniei în cuplu, trebuie să aveţi în vedere trei etape:

1) Brainstorming

Lăsaţi-vă imaginaţia să caute lucrurile care vă crează plăcere. Luaţi în considerare toate ideile, indiferent cât de stupid ar suna ele. Nu abandonaţi nicio sugestie.

2) Alegerea încrucişată

Vorbiţi cu partenerul despre ideile dvs., ascultaţi-le şi pe ale lui şi decideţi împreună pe care dintre acestea le veţi încerca.

3) Acţiunea efectivă

Puneţi în practică ideile alese. Nu aşteptaţi să treacă timpul, pentru că se pot pierde şi, o dată cu ele, se îngustează şi posibilităţile dvs. de a fi fericit.

Cuplul 1

Ea: N-ar fi distractiv să mergem în parc şi să ne plimbăm ca doi îndrăgostiţi?
El: Da, dar e destul de târziu. Hai să mergem altă dată.
Ea: Bine, cred că ai dreptate.
El: Hai să ne uităm la televizor.

Cuplul 2

Ea: N-ar fi distractiv să mergem în parc şi să ne plimbăm ca doi îndrăgostiţi?
El: Excelentă idee! Chiar dacă e târziu, va fi mai romantic.
Ea: Ce bine că vrei. Mă săturasem să mă tot uit în fiecare seară la televizor.
El: Îmbracă-te mai gros, că nu se ştie cât o să stăm.

Caseta 21

Depăşirea monotoniei poate fi realizată şi în mod spontan, nu doar în urma unor eforturi de gândire. În caseta 21 vă prezentăm două tipuri de cupluri: unul încătuşat în tiparul vieţii de zi cu zi, celălalt deschis la experienţe noi. Terapeutul poate ajuta partenerii să aprecieze care mod de comportament este mai indicat pentru relaţia de parteneriat în care se află. Dacă părerile nu concordă, ceva trebuie schimbat.

- **Terapia psihanalitică de cuplu**

Principalul scop al acestei abordări este de a elibera membrii familiei de restricţiile inconştiente, astfel încât aceştia să interacţioneze unul cu celălalt pe baza realităţilor curente, mai degrabă decât pe baza unor imagini inconştiente ale trecutului.

Terapia psihanalitică realizează schimbarea personalităţii şi o creştere din interior. Există studii care încearcă să demonstreze că tratamentul psihanalitic nu funcţionează prea mult prin introspecţie, ci prin reducerea apărării: pacienţii experimentează şi exprimă părţile reprimate din ei. Din acest punct de vedere, ar fi mai important pentru membrii cuplului să-şi *exprime* nevoile inconştiente, decât să *înveţe să le înţeleagă* mai bine.

Introspecţia poate fi realizată pătrunzându-se în spatele atitudinilor, cercetându-se motivele ascunse care le determină. Visurile sunt considerate a avea un conţinut manifest, interacţiunile de cuplu şi de familie fiind văzute ca versiuni deghizate ale sentimentelor latente.

În mod normal, familiile se apără împotriva expunerii celor mai intime sentimente. La urma urmelor, este mare lucru să determini pe cineva să-şi expună emoţiile stânjenitoare sau rănile mai vechi. Psihanaliştii se ocupă de această problemă, creând un climat de încredere şi avansând foarte lent. Riscul cel mai mare este legat de faptul că partenerii îşi expun sentimentele chiar în faţa acelor oameni de care vor cel mai mult să se ascundă.

Iată un exemplu de schiţă prescurtată a unei evaluări psihanalitice:

O fetiţă, Sally G., suferea de fobie faţă de şcoală. Pentru a identifica motivele, terapeutul psihanalist a apelat la elemente de dinamică a familiei şi a cuplului în special. Din interviuri succesive, el a aflat că:

Tatăl ei, dl. G., fusese iniţial atras de soţia lui ca de un obiect al libidoului care i-ar putea satisface fanteziile sexuale. La un alt nivel, dl. G. a avut aşteptări inconştiente legate de faptul că soţia ar fi acelaşi gen de persoană (care suferă mult şi se auto-sacrifică) cum era şi mama sa. Astfel, el tânjea după consolare maternă din partea ei. Însă, aceste sentimente de dependenţă ameninţau propria masculinitate, aşa încât el se comporta ca şi cum ar fi fost puternic şi n-ar fi avut nevoie de nimeni.

problemele celorlalți. Însă, ele pot fi convinse *să asiste* la câteva ședințe de grup, având opțiunea de a se întoarce la terapia cu un singur cuplu, dacă consideră că metoda de grup nu le ajută. Terapeuții spun că este extrem de rar pentru un cuplu să înceteze să mai lucreze cu grupul, odată ce s-a obișnuit cu el.

Utilitatea terapiei cu grup de cupluri rezidă în aceea că indivizii conștientizează că problemele lor maritale nu sunt unice și nici atât de grave pe cât par. Nu puține persoane constată după prima ședință de terapie că există cupluri care prezintă disfuncționalități mult mai grave decât ale lor: *Dumnezeule, i-ai văzut pe cei doi? Și eu care credeam că doar noi avem asemenea probleme!* Practic, acest tip de terapie oferă indivizilor oportunitatea de a examina în profunzime căsniciile altor oameni, îi învață să folosească drept punct de referință conflictele altor căsătorii, pentru a le putea evita sau depăși în cazul apariției lor.

În acest context, de integrare a cuplului într-un grup, terapeutul este privit în mai mică măsură ca persecutor sau judecător al vieților noastre, deoarece *procesul de grup apare în prim-plan*, iar el este folosit de terapeut pentru a evidenția modelele contrastante și pentru a reconsidera anumite atitudini și comportamente. Adesea, indivizii ascultă mult mai atent declarațiile celorlalți și privesc mult mai interesați atitudinile lor decât o fac față de terapeut.

Cuplurile reunite într-un grup nu au o istorie comună sau probabilitatea unui viitor împreună. Persoanele nu se cunosc între ele, ceea ce face ca reticența, timiditatea, jena să fie diminuate, iar gradul de sinceritate să crească considerabil. De obicei, un grup este format din trei cupluri. Atenția se îndreaptă la un moment dat asupra unui cuplu, celelalte ascultându-l cu multă atenție. După prezentarea situației cu care cuplul audiat se confruntă, fiecare persoană din grup este rugată să-și exprime părerea, terapeutul solicitând argumentarea fiecărui punct de vedere. Se insistă, însă, asupra faptului că subiecții trebuie să critice atitudinile sau comportamentele celorlalți într-o manieră constructivă.

Unul din motivele pentru care terapia de grup funcționează eficient se bazează pe faptul că oamenii sunt mult mai obiectivi în legătură cu problemele altora, comparativ cu problemele pe care ei înșiși le au. Când analizează un alt cuplu, pot sesiza mai ușor cauzele disfuncțiilor, pot identifica mai repede soluțiile ieșirii din impas. Dimpotrivă, când încep să vorbească despre problemele lor, devin mai ezitanți, se blochează mai des, li se modifică tonul vocii și maniera de apreciere.

Există și riscul ca oamenii care fac parte dintr-un grup să fie atât de preocupați de problemele lor, încât să le proiecteze asupra altora, de cele mai multe ori inconștient. Terapeutul trebuie să aibă în vedere posibilitatea apariției acestui fenomen, pentru a nu împinge actul terapeutic în direcții irelevante.

Cele mai multe cupluri au o reacție imediată și pozitivă față de grup și relatează, după câteva ședințe, faptul că mariajele lor sunt mult îmbunătățite. Un semn de îmbunătățire este acela în care fiecare partener devine mai individuat și renunță la sintagme precum: *noi suntem, noi credem* etc. Folosirea lui *noi* este ceva obișnuit în faza inițială a terapiei, deoarece ascunde diferențele dintre parteneri.

De exemplu, dacă unul dintre parteneri afirmă: *Noi nu facem niciodată nimic împreună,* terapeutul poate sugera schimbarea exprimării prin utilizarea lui *eu*, ceea ce duce la *Eu nu fac niciodată nimic cu tine.* Acesta este un prim pas către conștiința faptului că am în mine puterea să fac ceva cu tine dacă doresc, cu alte cuvinte pot avea un rol activ în a schimba cursul unor evenimente. Însă, atâta timp cât formularea este mai degrabă *noi* decât *eu*, mă comport ca un neputincios, pentru că mi-am cedat libertatea de acțiune.

Este de dorit ca fiecare persoană să-și asume responsabilitatea pentru ea însăși. În același timp, respectul pentru identitatea diferită a celuilalt semnifică înțelegerea așteptărilor lui, acceptarea acestora și, implicit, înlăturarea problemei ce părea de nerezolvat.

Un exemplu de terapie cu grup de cupluri este descris mai jos:

Cuplul A

El: 46 de ani, căsătorit de 19 ani, tată a 7 copii. A fost tratat pentru un sindrom depresiv-anxios cu scăderea marcată a activității psiho-motrice, insomnie, inapetență, care evoluează de peste un an. Înainte de boală a înregistrat un faliment și dificultăți în educația fiului cel mare, de 18 ani.

Ea: Îl consideră incapabil și vinovat de eșecul în educația copiilor. Face caz de inteligența ei, de școlarizarea mai bună; răspunde în locul lui la întrebări. Are 38 de ani.

Cuplul B

El: Apare ca o persoană pasiv-dependentă. În ultimii 3 ani renunțase la alcool, singura modalitate prin care își exprima sentimentele agresive. I-a lăsat soției administrarea salariului, dar orice încercare de a o ajuta în treburile casnice este greșit înțeleasă și devine obiectul criticii ei.

Ea: 27 de ani, trăiește de 7 ani în concubinaj cu un bărbat despărțit de prima soție. Simptomele depresive par a fi în legătură cu reprobarea care o simte din partea socrilor și teama de a nu afla și copiii ei de modul de viață pe care îl duce.

Cuplul C

El: 39 de ani, orb de 9 ani, pensionat de invaliditate. Statura înaltă, logoreea și perspicacitatea lui par s-o inhibe puternic pe soție, care este foarte puțin comunicativă. El manifestă o rigiditate extremă, spune că vede toate imperfecțiunile și aduce corecțiile necesare.

Ea: 35 de ani, căsătorită de 15 ani, cu 4 copii. Simptomele depresive evoluează de 6 luni şi sunt consecutive ritualurilor dezvoltate de la căsătorie: nevoia compulsională de a spăla de mai multe ori alimentele înainte de a le găti, spălatul repetat al mâinilor etc.

Deci, cele trei cupluri au conflicte în planul relaţiilor conjugale, conflicte puse pe seama problemelor financiare, a relaţiilor cu socrii, a dificultăţilor în educaţia copiilor.

Dinamica grupului

1) *în prima fază, soţii încearcă să se discrediteze reciproc în ochii celorlalţi. Se formează două subgrupe: bărbaţii şi femeile. Tendinţa este sesizată în special la bărbaţi pentru că, în timp ce o femeie se poate apăra singură de agresivitatea bărbaţilor, bărbatul trebuie să se asigure de suportul celorlalţi.*
2) *în a doua fază, soţii au tendinţa de a se suporta reciproc, de a clarifica şi înţelege problemele dintre ei. Această nouă poziţie adoptată de parteneri duce la o mai bună cunoaştere a necesităţilor, a sentimentelor, a structurii partenerului şi reprezintă baza ameliorării relaţiei conjugale.*

Aşadar, în prima fază, se observă o relaţie de *rivalitate – competiţie*. A doua este una de *identificare*, fenomen ce se manifestă prin atitudinea tolerantă a unora faţă de ceilalţi şi prin tendinţa cuplurilor de a-şi compara problemele conjugale.

Poziţia terapeutului faţă de grup este de *dependenţă – independenţă*. Dependenţă, prin tendinţa iniţială a membrilor celor trei cupluri de a se lăsa conduşi, supravegheaţi, sfătuiţi. Independenţă, prin faptul că intervenţiile partenerilor devin tot mai pertinente, ca şi cum grupul s-ar elibera de terapeut.

Conducerea grupului de catre doi terapeuţi – un bărbat şi o femeie, contribuie la eficienţa sa. Conducerea comună oferă atât un avantaj terapeutic, cât şi unul tehnic. La nivel terapeutic, cei doi lideri se pot completa reciproc. Dacă unul dintre ei trece cu vederea sau exagerează importanţa unei anumite probleme, celălalt poate să echilibreze situaţia, abordând-o şi din alt punct de vedere sau prevenind eventualele riscuri iatrogenice. Fiind doi terapeuti, grupul poate lucra, în cazul în care unul dintre ei trebuie să lipsească din diferite motive, doar cu celălalt.

Este esenţial ca relaţia dintre cei doi lideri să se înscrie într-un cadru teoretic comun. Diferenţele considerabile din punct de vedere teoretic cu privire la ce este mai folositor membrilor grupului pot submina eficacitatea terapiei. Oricare ar fi relaţia dintre cei doi terapeuţi în afara grupului (colegi, soţ şi soţie, prieteni buni), este vital ca această relaţie să se păstreze de-a lungul perioadei de lucru cu grupul. Ca în orice relaţie, pot apărea dificultăţi, dar acestea trebuie rezolvate, altfel tinzând să devină distructive pentru grup.

Se consideră că foarte important este ca **ambii terapeuți să aibe aceeași capacitate de a se confesa.** Orice discrepanță între nivelurile lor de autodezvăluire va genera o dinamică a grupului destul de neplăcută, grupul ajungând să-l considere pe cel care se confesează mai ușor ca fiind mai deschis, mai afectuos, mai accesibil, dar probabil și mai vulnerabil, mai slab, decât celălalt. Necesitatea ca nivelul de autodezvăluire să fie egal este și mai mare când cei doi terapeuți sunt căsătoriți.

Terapia cu grup de cupluri se practică cel puțin o dată la 3 săptămâni. Dacă unul dintre cupluri are întâlniri terapeutice cu unul dintre membrii echipei și în afara grupului, este posibil ca acest cuplu să creadă că între el și terapeut s-a stabilit o relație specială și ar putea fi tentat să se simtă „superior" celorlalte cupluri. Este important ca terapeutul să conștientizeze aceste probleme și să le trateze în consecință, dar mai ales să le prevină. Mai mult, trebuie să existe reguli clare între terapeuți și clienți, privind atât relația terapeutică (raportul dintre echipă și fiecare membru al grupului), cât și folosirea materialului de la ședința de grup în cadrul ședințelor individuale și invers.

Ceea ce face terapia cu grup de cupluri eficientă sunt două ingrediente: lucrul în cuplu și lucrul în grup. Membrii grupului pot vedea fiecare cuplu în acțiune și îi oferă observații prețioase cu privire la modul în care ajung să se certe, să-și întindă capacane și să evite imtimitatea. Factorii curativi ai grupului sunt astfel puși în mișcare.

Dacă în **etapele de început ale terapiei, universalitatea problemelor și trăirilor declanșează dinamica grupului, în cele de mijloc învățarea de la celălalt pare să fie un ingredient vital.** Datorită structurii particulare a fiecărui grup se dezvoltă și un stil propriu de lucru. Astfel, în timp ce insight-ul este vital pentru unele grupuri, învățarea experiențială, altruismul și feed-back-ul sunt mult mai importante pentru altele. Mai mult, grupul reprezintă un microcosmos al comunității maritale, în care cuplurile și partenerii își manifestă stilul de a se comporta în societate, precum și de a-și înțelege, semnifica și resemnifica experiențele de conviețuire și de dezvoltare personală. Etapa finală este menită să consolideze câștigurile terapeutice, să valideze progresele și să parafeze schimbarea.

ÎNTREBĂRI ȘI TEME DE LUCRU

1. Care sunt sarcinile de bază ale unui terapeut marital?

2. Reamintiți-vă câteva prescripții indicate în terapia comportamentului partenerial și a comunicării în cuplu. Ce conexiuni observați între relația dvs. partenerială și unele dintre aceste prescripții?

3. Identificați principalele dvs. probleme parteneriale, folosind unele sugestii și exercițiii din acest capitol.

4. Încercați împreună cu partenerul să lucrați asupra agendei ascunse în cadrul dinamicii parteneriale care vă caracterizează.

5. Elaborați un eseu asupra vieții dvs. parteneriale (autoanaliză). Rugați-vă partenerul să facă același lucru. Dacă acceptă, alegeți un moment potrivit în care să vă puteți împărtăși experiența introspectivă pe care ați parcurs-o. Succes!

CAPITOLUL IX

Psihoterapia copilului cu tulburări emoționale și de comportament

- **Ce este psihoterapia copilului?**

Psihoterapia copilului s-a dezvoltat inițial ca ramură a psihoterapiei adultului, însă a cunoscut o serie de delimitări datorate cunoașterii mai profunde a dinamicii dezvoltării personalității. Deși există multe sisteme psihoterapeutice, care se deosebesc atât în ceea ce privește baza teoretică, cât și modul în care funcționează relația și comunicarea dintre terapeut și copil, în toate tipurile de terapie este importantă înțelegerea semnificației unui anume tip de comportament, învățarea copilului să facă mai bine față problemelor sale emoționale și sprijinirea maturizării personalității. Posibilitățile de acțiune ale psihoterapiei sunt mult mai mari la copil și adolescent datorită nefinisării mobilității structurii psihice și potențialului dinamic evolutiv, caracteristic vârstei, al căror efect maturizant, compensator, poate completa acțiunea terapeutică.

Carl Rogers vorbea de funcția sanogenetică ce există în fiecare persoană și care așteaptă, în cazul celor cu tulburări psihice, să fie reactivată. Accesul la aceasta funcție sanogenetică poate fi mai ușor în cazul copiilor decât la adult și datorită faptului că rezistențele și mecanismele lor de apărare nu sunt foarte puternice. De asemenea, se consideră că acum este posibilă corectarea unor mecanisme de apărare distorsionate, deblocarea altora, eliminarea eventualelor stagnări, regresiuni, deviații în formarea personalității.

Dupa Jerome Franc și Judd Marmor (apud. Irina Holdevici, 1996), toate terapiile au câteva aspecte comune:

- relaționarea apropiată, de încredere între terapeut și copil;

- libertatea emoțională: terapeutul încurajând copiii să-și elibereze și să-și exprime sentimentele;

- învățarea cognitivă și experiențială: direct sau indirect terapeutul încearcă să-i învețe pe copii moduri diferite și adaptative de comportament;

- practica: terapeutul încurajând copiii să folosească noul mod de gândire, comportament, simțire în activitățile zilnice.

În **psihoterapia experiențială, care ocupă o arie extrem de largă în asistarea copilului și a familiei sale,** scopul final este de a-l ajuta pe copil să fie conștient de sine și de existența sa în lume. Se urmărește deblocarea

procesului de evoluție normală, ajutând copilul să intre în contact cu nevoile sale neconștientizate, realizarea unei mai bune acceptări de sine ca persoană și în relație cu lumea. Se consideră, în acest sens, că în baza conștientizării, autoacceptării și a dreptului de a fi așa cum ești, organismul poate crește, iar intervenția forțată retardează acest proces. Psihoterapia va avea astfel un efect pozitiv asupra comportamentului etic al copilului, responsabilității și a filosofiei lui de viață. Terapeuții experiențialiști cred că oamenii au un impuls natural spre sănătate, iar creativitatea, umorul și spontaneitatea sunt privite ca aspecte ale unei bune sănătăți psihice.

Psihoterapia îi ajută pe copiii cu tulburări emoționale, de comportament și adaptare într-o varietate de moduri: primesc suport emoțional, își înțeleg sentimentele și problemele, își rezolvă conflictele cu alți oameni, încearcă noi soluții la problemele vechi. Treaba terapeutului este să-i ajute pe copii să vadă lumea din jurul lor așa cum este ea în realitate. Se dorește ca ei să știe că au posibilitatea să facă alegeri în viața lor și unele alegeri sunt imposibil de făcut.

Un terapeut gestaltist, Arnold Beisser, a lansat paradoxul schimbării, care spune că „schimbarea survine când cineva devine ceea ce este în prezent și nu când devine ceea ce nu este". În acest sens, este important pentru copil să fie ajutat să devină conștient de sine ca persoană întreagă (senzații fizice, corp, emoții, gânduri, dorințe și posibilități) și abia apoi să i se faciliteze schimbarea, nu să i se impună modelul de schimbare al terapeutului. Psihoterapia nu este pedagogie, ci mai curând o artă în care sunt îmbinate tehnicile și cunoștințele teoretice cu experiența, creativitatea, flexibilitatea terapeutului.

Dar se poate pune întrebarea: de ce își schimbă copiii modul lor de a fi în terapie, când o puteau face în mod spontan, înainte de aceasta? Există mai multe motive. Cel mai important este că terapeutul creează o relație caldă, de încredere cu copilul și el se simte destul de în siguranță pentru a alege alternative în modul lui de a gândi și acționa. Securitatea emoțională a acestei relații cu terapeutul dă copilului un sens al siguranței și îi permite să încerce să riște un mod nou de a simți și de a se comporta. Este foarte ușor să folosim termeni ca „relație caldă și de încredere", dar uneori este foarte greu să o construiești și să o menții.

Deci, un factor de influențare de prim ordin **este relația terapeutică.** Pentru asigurarea succesului terapiei, este necesar ca terapeutului să-i placă copiii, să-i respecte, să realizeze o relație de încredere, să dezvolte o atitudine empatică, onestă și deschisă în relațiile cu copiii. El trebuie să poată să fie direct, fără a fi deranjant, și amabil, fără a fi prea indirect și permisiv; trebuie să dea dovadă de flexibilitate. De asemenea, terapeutul trebuie să cunoască modul cum se dezvoltă și învață copiii și să înțeleagă momentele importante care corespund fiecărui nivel particular de vârstă. În cazul copilului și adolescentului trebuie ținut cont de

particularitățile psihologice și neurofiziologice proprii, de fundalul motivațional și de necesitățile relaționale specifice etapei cronologice respective.

Terapeutul trebuie să fie famialiarizat cu tipurile de dificultăți de învățare care afectează copilul, cauzate adesea de factori emoționali. El trebuie să cunoască lucrul cu dinamica sistemului familial și să aibă în atenție mediul care îl influențează pe copil - casa, școala, alte instituții în care este implicat -, precum și expectațiile culturale manifestate față de copil. Atunci când este cazul, se intervine în modificarea mediului în care trăiește copilul și psihoterapia este combinată și cu metode educaționale și tehnici comportamentale.

Pentru a reuși o relație bună cu copilul, terapeutul are nevoie să aibă simțul umorului și să permită copilului jucăuș și expresiv din el să se manifeste liber. Este important ca el să creadă în mod ferm că fiecare copil este un unicat, o persoană valoroasă.

Tratamentul copilului pornește de la nevoile sale specifice, de la problemele sale emoționale și situațiile obiective în care el se află. Realitatea copilului este mai importantă decât tehnica și teoria terapeutului.

• Obiectivele și desfășurarea procesului psihoterapeutic

În cartea noastră **„Psihopatologia, psihoterapia și consilierea copilului – abordare experiențială"** (Iolanda Mitrofan, coord., Editura SPER, 2001, p. 104-111), precizam în capitolul elaborat în colaborare cu Elena Otilia Vadislav (op. cit., p. 102-141) că procesul de lucru cu copilul este unul curgător, amabil, prietenos. Fiecare terapeut își va găsi propriul stil în realizarea unui balans între sesiuni directive și ghidate, pe de o parte, și cele permisive, în care să-l lase pe copil „să conducă", pe de altă parte.

Deoarece tratamentul fiecărui copil este unic și diferit, procesul terapeutic trebuie să fie un proces foarte flexibil. Totuși, el urmărește o progresie, care are un început, un mijloc și un sfârșit, și terapeutul trebuie să fie conștient de această etapizare și de structura pe care o impune terapiei, structură care spune că anumite probleme trebuie tratate într-o anumită ordine.

Toate aceste stadii au **țeluri comune**:

- reducerea problemelor emoționale sau de comportament ale copilului;
- îmbunătățirea adaptării la școală, în familie sau cu egalii;
- îmbunătățirea stimei de sine.

Diagnoza și strângerea de informații se fac permanent în cadrul demersului terapeutic. În plus, fiecare fază a procesului terapeutic își are țelurile ei specifice.

1. Prima fază a procesului terapeutic centrat pe copil

Ţelul primei faze este stabilirea **alianţei terapeutice** într-un mediu securizant, predictibil, care-i permite copilului să se dezvăluie pe sine. Prima sesiune este foarte importantă în realizarea alianţei terapeutice. De aceea, trebuie să fie o experienţă plăcută pentru copil, pentru ca el să-şi dorească să revină la cabinet. Aceasta şi pentru că părinţii sunt cei care decid venirea la cabinet, iar copilul poate fi la început refractar, speriat sau nemotivat pentru relaţia terapeutică. Prima întâlnire este momentul stabilirii unei relaţii de încredere cu copilul. El poate vedea dacă terapeutul este un participant corect şi imparţial, interesat de fiecare membru al familiei şi în special de copil. Cei mai mulţi terapeuţi afirmă că este necesar ca atunci când familia vorbeşte despre copil, el să fie de faţă, chiar dacă nu-şi spune şi el punctul de vedere. Astfel, copilul este împiedicat să fantazeze, să se îngrijoreze cu privire la presupusele lucruri rele ce se spun despre el.

Terapeutul nu trebuie să-i vorbească copilului „de sus", să-l neglijeze sau să-l trateze ca pe un obiect despre care se discută. În această situaţie, copilul descoperă că terapeutul este interesat de el, îl vede, îl aude, îl tratează cu respect, vorbeşte cu el în mod serios şi nu priveşte problema sa ca pe un fapt dificil.

Primele sesiuni au şi o valoare **diagnostică:** se strâng informaţii din mai multe surse (copil, familie, şcoală, medic de familie), se formulează ipotezele şi obiectivele terapeutice. Însă terapeutul continuă să strângă informaţii de-a lungul tratamentului şi poate avea surpriza deformării informaţiilor iniţiale, transformării sau îmbogăţirii obiectivelor în timp.

Chiar în prima sesiune terapeutul este interesat de **motivele** pentru care este adus copilul la cabinet. Acesta, aflându-se într-o relaţie de strânsă dependenţă faţă de părinţi, şcoală sau autorităţi, nu se prezintă spontan la consultaţii, ci este adus de părinţi în urma unui şir de incidente, conflicte latente sau manifeste. Puţini părinţi solicită ajutor psihologic pentru copiii lor în cazul când aceştia prezintă uşoare elemente simptomatice în comportament. Cei mai mulţi se îndreaptă spre cabinetul de psihoterapie atunci când situaţia începe să fie dificilă, uneori insuportabilă, atât pentru copil, cât şi pentru părinţi. Chiar dacă părinţii nu sunt direct afectaţi de comportamentul copilului, ei trăiesc disconfort, anxietate sau simt că trebuie să facă ceva în această privinţă. Uneori părinţii îşi aduc copiii la terapie pentru că aceştia au suferit incidente traumatice (abuz, molestare, accident, moartea sau îmbolnăvirea cuiva drag) şi doresc să fie siguri că sentimentele trăite de copil nu-l vor copleşi şi nu vor avea efecte negative pe termen lung. Alteori, şcoala sau medicul de familie îi îndrumă pe părinţi spre psihoterapie. Doar ocazional copiii se adresează ei înşişi terapeutului şi aceştia sunt mai ales adolescenţii. Terapeutul

observă încă de la început dacă **„problema" este a copilului, dacă el o acceptă, sau este a părinților sau a profesorilor.**

O sursă importantă de informații este observarea relațiilor dintre părinți și copil (și frați eventual) în timp ce ei sunt în cabinet. Primul lucru de observat este proximitatea fizică. Copilul și părinții stau împreună sau separați? Dacă stau împreună, se află în contact fizic și aparent dependent, legați unii de alții? Dacă stau despărțiți, indică aceasta o lipsă a contactului emoțional sau o independență sănătoasă? Apoi se observă dacă copilul se mișcă liber prin cameră sau părintele îi controlează comportamentul. Ce reacție au părinții la comportamentul copilului lor? Cere acesta aprobare când vorbește? Vorbește liber sau este blocat de prezența părinților? Îl lasă părinții să vorbească sau răspund în locul lui?

Plecând de la aceste informații, **terapeutul formulează ipoteze** cu privire la:

- măsurile educative pe care părinții le aplică copilului;
- alianțele și conflictele intrafamiliale;
- polarizarea rolurilor și stabilirea granițelor intergeneraționale;
- valoarea simbolică a simptomelor;
- dinamicile emoționale conștiente și inconștiente în sistemul familial;
- comunicările perturbate și dublele mesaje.

Când rămâne singur cu copilul, terapeutul îl informează despre ceea ce presupune relația terapeutică. Cea mai bună modalitate de a face aceasta este să i se explice copilului în termeni practici, concret-intuitivi. I se poate spune ceva de genul: *„Când ne vom întâlni vom vorbi despre multe lucruri, inclusiv despre problemele tale, și uneori putem să ne folosim de desen, de modelaj, de jocuri și jucării. Astfel pot învăța ceva despre tine și te pot ajuta să te simți mai bine, în special dacă ești speriat sau nefericit..."*.

Prima sesiune este momentul când i se explică copilului confidențialitatea. Aceasta are două consecințe importante: în primul rând, copilul simte că primește un respect special și se va raporta pozitiv la terapeut și la terapie și, în al doilea rând, copilul va avea libertatea de a fi deschis cu terapeutul său – și cu cât aceasta începe mai devreme, cu atât mai bine. În general, prima sesiune este un moment în care terapeutul încearcă să promoveze stima de sine a copilului și valorizarea propriei persoane.

Pentru o abordare bună, copilul este lăsat să vorbească despre lucrurile de fiecare zi sau despre orice altceva vrea el, pentru că aceasta îi va permite să se simtă mai liniștit. Terapeutul trebuie să răspundă la nivelul de înțelegere al copilului, să vorbească cu termeni pe care el să-i înțeleagă, să evite încercarea de a generaliza, de a comenta sau de a interpreta ce se ascunde în spatele celor

spuse de copil. Cel mai important este **să asculte şi să fie interesat.** Chiar dacă copilul se simte bine în această interacţiune, terapeutul trebuie să fie atent să nu se concentreze prea direct pe simptomele copilului, în special pe cele stânjenitoare cum ar fi udatul patului (în caz de enurezis) sau furtul şi minciuna (în tulburările comportamentale).

Dacă copilul devine iritat când se abordează anumite situaţii, terapeutul devine flexibil şi schimbă discuţia, îi respectă disponibilitatea. Înseamnă că este prea devreme acum să se forţeze o discuţie posibil stresantă sau problema atinsă este prea dureroasă pentru copil. De asemenea, terapeutul trebuie să evite să învinuiască copilul sau să ia parte la dezacordul părinte-copil, făcând alianţă cu vreunul dintre ei. Se pot folosi acum testele de desen (familie, casă-copac-persoană) sau jucăriile, în funcţie de vârsta copilului.

Din evaluarea psihologică, anamneză, interviul preliminar cu părinţii şi cu copilul, terapeutul **clarifică obiectivele terapeutice.** Iniţial se pot desprinde **trei tipuri de obiective**:

- din perspectiva părinţilor;
- din perspectiva copilului;
- din cea a terapeutului.

Aceste obiective se află în grade diferite de apropiere sau de depărtare, însă odată cu progresul terapiei ele tind să conflueze din ce în ce mai mult, dând o coerenţă procesului terapeutic. Obiectivele se pot şi schimba pe măsura progresului terapeutic.

2. A doua fază a procesului psihoterapeutic centrat pe copil

Este formată din sesiunile de mijloc ale procesului terapeutic, fiecare având un focus diferit. Este etapa activă, lucrativă şi facilitatoare de schimbare.

Aceasta constituie, de obicei, majoritatea duratei tratamentului şi se concentrează pe problemele personale, pe problemele de zi cu zi, cu intensificarea relaţiei terapeutice. Este momentul în care are loc cea mai mare parte a muncii terapeutice.

Copiii au adesea blocaje în comunicarea verbală, se simt stingheriţi sau opun rezistenţă în a-şi exprima direct trăirile interioare sau nu le conştientizează. **Folosirea tehnicilor expresive contribuie la eliminarea acestor blocaje şi copiii îşi pot dezvălui direct sau simbolic sentimentele, trăirile şi credinţele, într-un mod deschis, ceea ce duce la integrarea personalităţii.** Experienţele integrative implică recunoaşterea sentimentelor reprimate şi concilierea dintre conştient şi inconştient. Aceste tehnici încurajează proiecţia. Ceea ce copilul exprimă prin desen, modelaj, povestiri, arată fanteziile sale proprii, anxietăţile, fricile, frustrările, atitudinile, pattern-

urile de comportament și de gândire, impulsurile, resentimentele, dorințele, nevoile și sentimentele sale.

Adesea, proiecția va fi singura cale prin care copilul vorbește despre el. De exemplu, el poate spune prin intermediul unei marionete lucruri pe care nu le va spune niciodată direct. Așadar, tehnica utilizării marionetelor sau a păpușilor facilitează medierea procesului de explorare și analiza terapeutică. Jocul prin dramatizare și improvizație narativă, prin metaforă și simbol oferă, pas cu pas, baza proiectivă de exprimare și explorare, iar în timp provoacă schimbări în înțelegere și comportament. Însă este extrem de important modul cum terapeutul manipulează acest material. Explicarea și interpretarea sunt considerate fără temei dacă nu sunt direct percepute și simțite de copil ca experiențe personale de autoacceptare și autoschimbare.

Terapeutul experiențialist nu-i interpretează copilului materialul pe care acesta îl oferă prin proiecție, deși el traduce pentru sine ceea ce aude și vede, pentru a ghida interacțiunea sa cu copilul. Astfel, terapeutul trebuie să-și dezvolte o bună relație între Eul său actor și Eul său spectator. Cu alte cuvinte, el se află pe de o parte implicat activ în dialogul și jocul cu copilul, fiind o prezență stimulatoare, și pe de altă parte observă și, atunci când este nevoie, direcționează firul procesului terapeutic, neuitând care este scopul și sensul terapiei.

Prin realizarea de asociații între tehnicile expresive și situațiile din viața reală a copilului sau, altfel spus, prin echilibrarea elementelor din joc, fantezie și desene cu constrângerile realității, crește capacitatea copilului de a fi conștient de sine și de existența sa în lume.

Tehnicile expresive stimulează creativitatea copilului, iar creativitatea umană este limbajul primar pentru realizarea insight-ului și vindecării. Pentru unii copii, și în special pentru cei mici, nu este necesar să-și verbalizeze insight-urile, descoperirile și să-și conștientizeze modificările din comportament. Adesea pare suficient să-și manifeste deschis comportamentul și emoțiile blocate care au interferat cu procesul lor de creștere emoțională. Apoi, ei pot începe să integreze moduri mai bune de comportament, să facă mai bine față multor frustrări, pot începe să relaționeze mai bine cu egalii și cu adulții din viața lor. Ei pot începe în final să experimenteze stări de calm, bucurie și valoare de sine.

Tehnicile sunt numeroase, dar ele nu trebuie utilizate ca niște rețete, nu trebuie privite ca un scop în sine. Terapeutul păstrează întotdeauna în minte că fiecare copil este o persoană unică și procedura sau tehnica sunt doar un catalizator al procesului terapeutic. Copilul direcționează cum să se lucreze cu el și orientează spre ceea ce are el nevoie. Secretul este ca terapeutul să fie receptiv și deschis, gata să-i primească mesajul și să-i permită să-l transmită.

Uneori terapeutul se poate simți deranjat de ceva din comportamentul copilului și atunci este important să discute cu copilul despre aceasta, atât pentru coerența sa interioară, cât și pentru imaginea pe care o are în ochii copilului, care simte când ceva îi este permis sau nu, dar are tendința să testeze limitele persoanelor cu care interacționează. Este important pentru copil să simtă că terapeutul este o persoană puternică pe care se poate baza, căreia să i se încredințeze și nu una ușor de manipulat sau prea permisivă. Prin faptul că terapeutul îl înțelege, îl acceptă și este sincer cu el, copilul învață să se autoaccepte, să se conștientizeze și astfel să crească și să se dezvolte emoțional. Un bun terapeut asistă și acompaniază copilul în procesul evoluției sale.

Fiecare sesiune terapeutică este impredictibilă, depinde de copil și de situație. Uneori terapeutul pregătește tehnici pe care copilul le refuză și atunci nu trebuie să forțeze, ci să-i respecte limitele. Rezistențele nu sunt întodeauna date de negativismul copilului, ci este bine să se țină cont de faptul că experiențele de viață l-au învățat pe acesta să se apere și să se opună când ceva este prea greu, prea mult sau prea periculos pentru el. În psihoterapia experiențială se consideră că în fiecare „perete de rezistență" se află noi arii de creștere. Este un lucru similar celui pe care Fritz Perls (creatorul gestalt-terapiei) îl numea „impas", referindu-se la adulți. El credea că atunci când intrăm într-un impas oferim persoanei posibilitatea să fie martoră la procesul de renunțare la vechile strategii și să trăiască aceasta cu sentimentul că nu mai are suport. Atunci opune rezistență și vrea să fugă. Astfel încât, de fiecare dată când apar rezistențele, vom ști că nu suntem într-o luptă cu o graniță rigidă, ci suntem într-un „loc care poate fi lărgit", la limita unei noi modalități de expresie, a unei noi descoperiri. Terapeutul poate trata direct frica ce se ascunde în spatele rezistențelor sau poate să-i permită copilului să decidă pentru el însuși când este gata să riște ceva care este dificil pentru el.

<u>În terapie se vorbește de trei tipuri de schimbări</u>:

- **schimbări comportamentale** – se referă la schimbări în modul în care copilul se comportă și acționează, cum se relaționează cu alți oameni sau obiecte din spațiul său de viață;
- **schimbări cognitive** – se referă la capacitatea de a se înțelege pe sine și pe cei din mediul său, de a identifica ceea ce este important vs. ceea ce nu este important;
- **schimbări emoționale** – schimbări în confortul, fericirea și satisfacția copilului. Ele sunt cruciale în terapie.

Cum copilul este o unitate, aceste aspecte sunt legate între ele, astfel încât, atunci când el începe să înțeleagă ceva diferit, el începe să se comporte diferit, să simtă ceva diferit. Similar, când începe să schimbe felul în care simte, el va începe să se comporte diferit și să înțeleagă diferit situația. Deci, în

tratament nu trebuie ignorată relația dintre aspectele cognitive, emoționale și comportamentale ale copilului.

De asemenea, schimbările terapeutice sunt:

- de suprafață (direct observabile și manifeste în comportamentul copilului);
- de profunzime, cu acțiune latentă, la nivelul personalității acestuia și care se instaleaza abia la un oarecare interval de la sfârșitul curei psihoterapeutice.

3. A treia fază a procesului terapeutic centrat pe copil

Încheierea terapiei poate fi un moment dificil pentru copil, din mai multe motive, și poate prezenta probleme care se centrează în jurul separării, pierderii unei relații importante și a încrederii în sine. De aceea, încheierea terapiei nu se face brusc și copilul trebuie să fie pregătit pentru acest lucru. Un bun moment de stopare a terapiei este atunci când se atinge un **platou** în schimbare. Este semn că nu se mai poate avansa în terapie și copilul are nevoia de a integra și de a asimila în propriul său mod de maturizare și de creștere schimbările care au avut loc ca rezultat al terapiei. Uneori acest platou este un semn de rezistență care trebuie respectat. El are nevoie de mai mult timp, de mai multă forță, poate avea nevoie să se deschidă când va fi mai în vârstă. Însă terapia nu trebuie să se încheie niciodată în mijlocul unei crize. Chiar dacă copilul este pregătit să sfârșească terapia, terapeutul trebuie să-l ajute să facă față mai întâi crizei.

Există anumite **chei de a cunoaște când trebuie oprită terapia**:

1. Una este aceea când comportamentul copilului s-a schimbat prin raportare la școală, la părinți și la egali. El începe să fie implicat în activități exterioare - cluburi, fotbal, prieteni, semn că terapia începe să-l plaseze pe drumul vieții sale.
2. O alta este când se produce o răceală în relația sa cu terapeutul și materialul din sesiunea de terapie este din ce în ce mai puțin productiv din punct de vedere terapeutic. Copiii înțeleg vag conexiunea dintre problemele lor emoționale și terapie. Ei sunt egocentrici și aprecierea lor este emoțională: ei agreează sau nu terapeutul și terapia. Aceasta face ca atâta timp cât se implică în terapie ei să vină cu plăcere la cabinet. Când devin plictisiți și doresc să petreacă mai mult timp cu prietenii, relația terapeutică răcindu-se emoțional, este semn că se apropie sfârșitul terapiei.

Scopul ultimei etape în terapie este consolidarea și întărirea câștigurilor obținute, terapeutul întrebându-se dacă copilul poate promova sau menține aceste câștiguri. Pentru a putea face aceste predicții, terapeutul trebuie

să privească dincolo de schimbările simptomatice şi să se focalizeze pe schimbările care au avut loc în funcţionarea emoţională a copilului.

Cum identificăm momentul oportun pentru oprirea procesului terapeutic? Câţiva indicatori de progres:

Terapeutul american Robert Leve (în „Child and Adolescent Psychotherapy", 1995) ne oferă un ghid de întrebări pe care şi le pune înainte de a şti dacă este momentul oportun pentru finalul terapiei. Este bine să se cunoască dacă:

- **Problemele emoţionale ale copilului sunt sub control**. Copilul a învăţăt să-şi controleze comportările impulsive şi are o mai bună toleranţă la frustrare.

- **Nivelul de gândire al copilului este adecvat vârstei**. Copilul normal trebuie să aibă o bună înţelegere a cauzei şi efectului, să fie realist în judecarea situaţiilor şi să fie capabil să discrimineze importantul de neimportant în viaţa sa.

- **Nivelul fanteziei copilului este adecvat pentru încheierea terapiei**. Fanteziile adecvate vârstei indică creativitate, sunt un mod natural de a lucra cu conflictele şi, în general, sunt un semn al adaptării şi creşterii emoţionale. Un copil normal recunoaşte diferenţa dintre fantezie şi realitate. În acest caz, fanteziile au un sens psihologic în faptul ca servesc un scop, încearcă să reducă o temere sau să exprime o dorinţă conştientă sau inconştientă. Aceste fantezii sunt indicaţii pozitive pentru încheiere. Fanteziile dezorganizate, bizare sau discontinue sunt slabi indicatori prognostici.

- **Copilul are abilitatea de a învăţa din traume emoţionale**. Acesta este unul dintre cele mai importante câştiguri terapeutice care indică încheierea. Terapeutul observă şi compară modurile în care copilul se adapta la schimbările care aveau loc în viaţa sa, la începutul terapiei, cu modul în care face faţă unor schimbări similare în momentul prezent. Când copilul poate tolera aceste schimbări şi chiar poate beneficia de ele, el a învăţat reacţii emoţionale noi şi mai adaptative, care anunţă o prognoză pozitivă pentru viitor.

- **Copilul poate să-şi revină din traume emoţionale**. Viaţa oricărui copil este plină de supărări, dar copiii normali au abilitatea de a trece peste aceste experienţe şi de a se întoarce la un echilibru emoţional normal. Abilitatea de a se reface emoţional este un prognostic foarte bun pentru încheiere.

Trebuie făcută precizarea că a treia fază a procesului psihoterapeutic utilizează în mod special **familia ca resursă** echilibrantă şi de consolidare a progreselor terapeutice şi integratoare. Părinţii trebuie încurajaţi şi sprijiniţi să-

şi ajute copiii să menţină câştigurile terapeutice. Ei sunt o parte integrantă a tratamentului încă de la început şi rolul lor pe parcursul terapiei este esenţial în menţinerea tratamentului şi atingerea unor ţeluri pozitive.

Pe măsură ce înaintăm în asistarea copilului şi monitorizarea efectelor, rolul părinţilor este din ce în ce mai semnificativ, ei devenind practic adevăraţi **coterapeuţi** şi persoanele cele mai avizate de sprijin, întărire şi prevenire a recăderilor sau de reapariţie a unor noi răspunsuri dezadaptative în evoluţia copilului. Practic, terapia copilului este în realitate o terapie de familie centrată pe copil, iar asistarea relaţiilor perturbate ale cuplului parental sau ale întreg sistemului familial extins (cu bunici, fraţi, rude implicate) constituie cheia succesului terapeutic şi a menţinerii unor efecte pozitive.

Terapeutul stabileşte o alianţă de colaborare cu părinţii, în care aceştia sprijină tratamentul copilului lor prin aducerea la timp la cabinet, prin furnizarea de informaţii necesare despre funcţionarea copilului la şcoală şi în familie şi prin lucrul cu terapeutul în obţinerea unei înţelegeri empatice a nivelului de dezvoltare a copilului, a trăsăturilor de personalitate şi a problemelor sale personale.

Terapeutul îi ajută pe părinţi în managementul problemelor, învăţându-i să întâlnească nevoile copilului în mod adecvat şi să îşi recunoască interacţiunile neadecvate, blocante. Părinţii învaţă pe parcursul terapiei alte moduri de relaţionare şi comunicare mai adaptative. De asemenea, unii părinţi sunt ajutaţi să se adapteze schimbărilor realizate de copiii lor prin terapie, care presupun o mai mare independenţă şi asertivitate.

Această scurtă prezentare a specificului demersului terapeutic cu copii va folosi cititorului drept grilă în înţelegerea cazurilor clinice particulare. Deşi fiecare caz este unic, toate au în comun principiile teoretice şi metodele de lucru specifice terapiei experienţiale. Desigur, noi am optat pentru **metodele experienţiale** pentru că le considerăm mai flexibile, mai creative şi mai adaptate lucrului terapeutic cu copiii şi familiile, dar, menţionăm de asemenea că **tehnicile comportamentale** sunt nelipsite şi, în anumite cazuri clinice severe, sunt singurele care pot fi utilizate sau în asociere cu cele experienţiale (de ex. în cazul copiilor autişti). Foarte apropiată de abordările experienţiale, ca specific metodologic, este şi **terapia narativă familială**.

Metoda psihanalitică sau cea **analitică jungiană** sunt de asemenea utilizate de o altă parte a profesioniştilor în domeniu, influenţând consistent gândirea şi strategia de intervenţie, în special de tip familial. Aşadar, este bine să utilizăm, după caz, nevoi, receptivitate şi stil terapeutic, metode şi tehnici din abordări diverse, o anumită integrativitate metodologică fiind recomandabilă în domeniul psihoterapiilor copilului şi familiei.

- **Cum abordăm copiii prin metode și tehnici experiențiale și analitice (expresiv-creative, unificatoare și gestalt-creative)**

Desenul ca abordare diagnostică și terapeutică a copilului

Cunoașterea universului interior al copilului beneficiază de un ajutor considerabil din partea tehnicilor expresiv-creative de investigație și terapie, dintre care desenul serial, modelajul, jocul cu nisip, exercițiul mimico-pantomimic și dramaterapeutic, improvizația muzicală, exprimarea prin dans și mișcare sunt cele mai frecvent utilizate de consilierii și psihologii specializați în problemele copilului (v. Iolanda Mitrofan, Elena Otilia Vladislav, 1997, p. 170-183).

Desenul liber sau tematic constituie o cale foarte potrivită de evaluare a personalității în formare a copilului și a problemelor sale emoționale, precum și a relațiilor sale cu familia, a traumelor pe care eventual le-a suferit, a nivelului de anxietate existențială, a capacităților și a dificultăților sale de a se adapta la mediul social.

Cum și cât poate fi decriptată lumea subiectivă a copilului mic prin desen? Pe ce se bazează valoarea diagnostică și terapeutică a acestui mijloc expresiv?

Răspunsul acestor întrebări este dat de valoarea simbolică a desenelor ca „ACTIVATORI" de informație psihologică inconștientă sau de mesaje pe care copilul este incapabil de a le exprima verbal, ci doar afectiv-imagistic, prin intermediul liniilor grafice, culorilor, formelor, pozițiilor și dimensiunilor personajelor sau obiectelor desenate. Mecanismul psihologic prin care conflicte inconștiente nerezolvate, probleme incomunicabile, atitudini și sentimente față de persoanele importante din viața sa, frustrații și anxietăți, blocaje și suferințe reprimate sunt devoalate – îl constituie PROIECȚIA. În alți termeni, problemele ascunse, neconștientizate, reprimate sau negate, îngropate în abisurile inconștientului sunt exprimate într-o manieră simbolică, adesea transparentă, în produsele creației artistice ale subiectului, și sunt atribuite (proiectate) în elementele acesteia și în relațiile dintre aceste elemente. Astfel, personajele unei povești inventate de copil, dramatizate de el împreună cu alții sau prin jocul de marionete ori pur și simplu redate grafic, sunt investite cu semnificații, emoții, sentimente și gânduri pe care copilul le trăiește în legătură directă cu evenimentele vieții sale, cu relațiile sale cu familia și alte persoane semnificative din viața sa.

Atât desenele, cât și jocurile sunt considerate drept cele mai relevante modalități de expresie ale primilor ani de viață, ele oferind date importante despre inteligența și afectivitatea copilului. În mod special desenul liber, spre deosebire de desenul după model (preferat în școala tradițională), îndeplinește rolul unei veritabile creații, care exprimă spontan viziunea personală a copilului

asupra mediului înconjurător şi, prin aceasta, se instituie într-un veritabil test psihodiagnostic al personalității lui.

Dintre testele proiective bazate pe desen utilizate special în psihodiagnoza copilului sunt:

Testul „omulețului" (F. Goodenough), care oferă indicii asupra nivelului intelectual al copilului. În funcție de nivelul său de maturitate psihomotrică, de percepția propriei scheme corporale şi de proiectarea sa în desenul unui omuleț aceşti indici pot fi semnificativi pentru dezvoltarea cognitivă, evaluată concret prin gradul de perfecțiune şi completitudine a desenului, echilibrul general, bogăția detaliilor.

Testul „femeii plimbându-se prin ploaie" (testul H. Fay) solicită o integrare mai complexă a unor elemente ale desenului liber, ce permit evaluarea nivelului de inteligență.

Testul desenului liber al lui G. Minkowska (reprezentând personaje sau orice altceva) permite aprecierea modului particular de percepție al copilului în două tipuri distincte: tipul senzorial şi tipul rațional. La tipul senzorial, modalitatea de realizare a desenului nu este prea precisă, dar detaliile sunt legate unele de altele printr-un viu dinamism. Tipul rațional, dimpotrivă, are o manieră mai precisă de a desena. Fiecare element, obiect sau ființă sunt redate riguros şi adesea simetric, dar fiecare este izolat, imobil şi fără nicio legătură cu restul desenului. Dar desenul liber ne oferă şi indicii privind viața afectivă a subiectului prin intermediul analizei conținutului.

Testul „desenului figurii umane" (K. Machover).

Autoarea pleacă de la modificarea testului „omulețului", propunând desenarea succesivă a două persoane de sex diferit.

Testul „casă-copac-persoană" (HTP – engl. house-tree-person, al lui J.N. Book) îmbogățeşte situația proiectivă, având două etape de lucru: momentul creator nonverbal – realizarea unui desen prin folosirea celor trei elemente indicate, şi momentul verbal, interpretativ, în care copilul este solicitat să descrie, să definească şi să interpreteze ceea ce a desenat. Această a doua etapă creează asociații libere deosebit de relevante pentru cunoaşterea problemelor emoționale şi relaționale ale copilului. Din acest desen pot fi înțelese modul în care percepe copilul mediul înconjurător, proiecția propriului său mod de a fi şi simți, în raport cu sine şi cu alții.

Testul „desenului familiei" (utilizat de mai mulți autori clasici – F. Minkowska, M. Porot, Cain şi Gomila, N. Appel, F. Barcellos, N. Fukada) este relevant pentru cunoaşterea raporturilor pe care le are copilul cu familia, ele fiind decisive în formarea personalității sale. M. Porot considera că simpla observare a desenului unei familii permite cunoaşterea sentimentelor reale pe care copilul le resimte față de ai săi, situația în care el se plasează în cadrul familie sale, relațiile dintre membrii familiei şi impactul lor asupra copilului

din perspectiva acestuia. Dimensiunile personajelor familiale, centralitatea şi excentralizarea lor în spaţiul grafic, distanţele dintre membrii familiei şi dintre figurile centrale şi copilul investigat sunt elemente de diagnostic importante şi totodată factori de suport pentru o discuţie relevantă de conştientizare şi chiar de optimizare a raporturilor perturbate din familie. Din această ultimă perspectivă testul familiei poate constitui şi o tehnică provocativă utilizată în terapia cu familia copilului cu tulburări emoţionale şi de comportament. Utilizat mai ales ca probă de cunoaştere, testul familiei poate fi folosit pentru declanşarea unui dialog, ghidat de întrebări de genul: „Povesteşte-mi despre familia pe care ai desenat-o... Unde se află ei? Ce fac ei? Hai să vorbim despre fiecare personaj din această familie... Ce rol are fiecare? Ce vârstă? Ce sex? Ce face fiecare? Ce simte, ce gândeşte fiecare? Ce vrea fiecare? Care este cel mai simpatic dintre toţi? Dar cel mai antipatic? Care este cel mai amabil? Dar cel mai puţin drăguţ? Care este cel mai fericit, dar cel mai puţin fericit? Tu pe cine preferi dintre ei?". Se pot de asemenea, discuta situaţii care să provoace proiecţii interesante: „Dacă tata propune o plimbare cu maşina, dar nu este loc pentru toţi, cine e cel care va rămâne acasă?".

În timpul probei se pot observa reacţiile afective ale copilului, mai ales inhibiţiile şi refuzul de a desena sau vorbi despre anumiţi membri ai familiei sau chiar despre sine, jena sau teama faţă de unele personaje, resentimentele, ostilitatea. Se urmăresc oscilaţiile afective, trecerile de la tristeţe la veselie, mânia, nemulţumirile faţă de unele personaje, izolarea şi sentimentul de autodevalorizare sau de insecuritate. Elemente ca egocentrismul şi autocentralitatea, redate grafic prin dimensiunile exagerate, sublinierile şi detaliile suplimentare, precizia grafică a trăsăturilor unor personaje, precum şi estomparea, absenţa, imprecizia desenării altora pot fi uşor identificate şi decriptate ca semnificaţie. Alegerea culorilor pentru sine şi anumite persoane nu este nici ea întâmplătoare. Desenarea în culori vii, luminoase sau terne, întunecoase este în directă legătură cu emoţiile şi sentimentele copilului faţă de persoanele desenate, iar preferinţa lui pentru desenul alb-negru ne poate sugera blocajele emoţionale, elemente de depresie, retragere sau lipsă de rezonanţă afectivă, dificultăţi de exprimare a sentimentelor şi trăirilor. În finalul discuţiei, copilul este întrebat dacă este mulţumit sau nu de desenul pe care l-a făcut şi dacă ar dori să schimbe ceva sau să îl mai facă odată, aşa cum i-ar plăcea lui acum. Noul desen poate aduce date suplimentare despre relaţia cu propria familie, despre aşteptările copilului şi speranţele sale. Orice omisiune sau deformare a unui personaj într-un sens sau altul ne aduce date preţioase din punct de vedere al cunoaşterii lumii sale interioare, dar şi al comportamentului său în raport cu aceste personaje ce exprimă simbolic realitatea relaţiilor sale în familie.

O altă posibilitate este reprezentarea grafică a familiei prin simboluri sau animale, pe baza unui exerciţiu analogic. Copilului i se cere să-şi imagineze

membrii familiei altfel decât oameni şi să-i deseneze aşa cum doreşte el. Ei pot fi pete de culoare, linii, forme, obiecte sau animale sau orice l-ar ajuta pe copil să-i reprezinte. Se pot provoca apoi dialoguri între anumite părţi din desen, aflate în contrast sau în opoziţie (o pată colorată poate sta de vorbă cu o pată neagră, un animal mic intră în dialog cu unul mare şi puternic, unul supărat cu unul vesel, unul curajos cu unul fricos etc.). Atunci când o anumită parte din desen este subliniată sau îngroşată, haşurată, i se acordă o importanţă mai mare în interpretare. În acest scop se adresează întrebări ajutătoare copilului pentru a-şi clarifica raporturile şi sentimentele cu elementul simbolic respectiv, după caz: „Ce gândeşte acest triunghi/ plantă/ animal? Încotro se duce? Ce vrea să facă? Ce i se va întâmpla?" etc. Valoarea acestor tehnici este nu numai diagnostică, ci şi educaţional-terapeutică. Copilul învaţă să-şi comunice mai adecvat şi în mod spontan sentimentele, dorinţele, învaţă să-şi conştientizeze mai clar poziţiile şi atitudinile, dar şi să-i înţeleagă mai bine pe cei cu care intră în contact sau pe cei cu care are dificultăţi de contact şi de comunicare. Efectul constă într-o mai bună socializare şi maturizare emoţională.

Alte modalităţi tehnice de investigare şi terapie cu suport expresiv (pictural, grafic) vin să întregească registrul testelor de desen propriu-zise. Acestea asociază exerciţiile de fantazare, asociaţiile creative şi sugestive cu redarea prin desen sau prin pictură a sentimentelor şi stărilor trăite „aici şi acum", a perceperii spaţiului interior şi a identităţii proprii de către copil. Redăm în continuare câteva dintre aceste modalităţi de lucru expresiv-metaforice:

a) Desenul lumii interioare, din linii, figuri şi culori

Copilul este rugat să închidă ochii şi să pătrundă în lumea lui interioară: „Vezi cum îţi apare lumea ta dinăuntru. Cum o poţi reda pe hârtie folosind doar linii, curbe şi figuri? Vezi ce culori apar în lumea ta, în spaţiul tău interior... unde este plasat fiecare lucru şi unde te afli tu acolo. Acum desenează tot ce ţi-ai imaginat...".

b) Pictura sentimentelor din acest moment

I se cere copilului să realizeze o pictură cu degetele de la mâini sau chiar de la picioare, care să reprezinte starea lui de acum sau starea lui când e fericit ori supărat (în funcţie de scopul propus). Pictura cu degetele are calităţi relaxante prin angajarea tactil-kinestezică şi oferă satisfacţie şi uşurinţă în exprimarea sentimentelor, în mai mare măsură decât pictura cu instrumente. Culorile alese, fluiditatea mişcării, tonurile şi consistenţa petelor de vopsea oferă indicii interesante privind afectivitatea, în vreme ce modalitatea grafică de exprimare corelează mai mult cu nivelul şi calitatea cogniţiilor (percepţii, reprezentări, idei).

c) *Imaginarea și desenarea unei „tufe de trandafiri"*

Acest exercițiu este utilizat de V. Oaklander (1988, p. 32), o terapeută de orientare gestalt. Cum se desfășoară?

I se sugerează copilului să închidă ochii și să-și imagineze că este o tufă de trandafiri. Pentru ca asociațiile libere să fie stimulate, psihologul orientează fluxul imaginativ al copilului prin întrebări de genul: „Ce fel de tufă de trandafiri ești tu? Ești foarte mică? Ești foarte mare? Ești groasă? Ești subțire? Ai flori? Dacă da, ce fel sunt florile tale, ce culoare au? Ai multe flori sau câteva? Sunt boboci? Au frunze? Cum arată ele? Cum sunt rădăcinile tale? Sau poate nu ai? Sunt lungi și puternice sau plăpânde? Sunt răsucite? Ai spini? Unde te afli tu? Într-o grădină, într-un parc, într-un oraș, într-un deșert? Ești într-un ghiveci sau crești direct din pământ sau prin ciment? Ce este în jurul tău? Sunt și alte flori sau tu ești singur? Sunt copaci, animale, păsări, oameni? Arăți tu ca o tufă de trandafiri sau ca altceva? Este ceva în jurul tău ca un gard? Dacă da, cum apare el? Sau ești într-un loc deschis? Cum este să fii o tufă de trandafiri? Cum supraviețuiești tu? Are cineva grijă de tine? Cum este vremea acum pentru tine?". Atenție! Exercițiul se poate lucra atât individual, cât și în grup de copii (terapeutic sau în grup experiențial de dezvoltare și optimizare).

Apoi, copiii (dacă se preferă să se lucreze în grup experiențial) sunt rugați să deschidă ochii și să deseneze tufa lor de trandafiri. Se discută cu ei ulterior, dacă ceea ce și-au imaginat și reprezentat prin desen are vreo legătură cu viața lor reală. Astfel sunt aduse la lumină o serie de situații și trăiri din viața copilului, relevante pentru înțelegerea, evaluarea și terapia sa, când este nevoie.

d) *Desenul serial*

Este o metodă individuală de lucru cu copilul cu dificultăți comportamentale și de adaptare, practicată de J.A.B. Allan (1988), în scop psihoterapeutic. Metoda este de **inspirație jungiană** și implică o serie de 12 ședințe a câte 20-25 minute fiecare, odată pe săptămână, când i se cere copilului să deseneze un tablou, în prezența consilierului psiholog.

Desenul serial a fost utilizat într-o varietate de situații: de la instituțiile de ocrotire, la practica privată de evaluare și de consiliere în școli, dar poate fi folosit și pentru cunoașterea și psihoterapia copilului preșcolar cu probleme.

Încă din 1959 C.G. Jung accentua importanța analizării desenelor „în serie", de-a lungul timpului, analiza doar a uneia sau două lucrări fiind insuficientă pentru înțelegerea persoanei și pentru terapia sa. J.A.B. Allan constata că atunci când un copil desenează în prezența terapeutului, potențialul de vindecare este activat, conflictele sunt exprimate și rezolvate treptat, iar terapeutul poate câștiga o viziune clară și mai exactă asupra inconștientului copilului. Cadrul cabinetului de consiliere și ritmicitatea efectuării desenelor în

acest cadru, totdeauna la aceeaşi oră, creează un ritual cu funcţie terapeutică – un spaţiu „sanctuar" şi un timp în afara timpului obişnuit. Acestea, împreună cu o alianţă terapeutică pozitivă, încurajează creşterea psihică şi transformarea. Din perspectivă jungiană, aceste condiţii activează în inconştient mersul spre vindecare.

„Fantasmele şi imaginile produse astfel simbolizează şi concretizează prin forme tangibile, cum ar fi desenele, dar şi modelajul, punerea în scenă sau povestirea, facilitând astfel creşterea psihică. Hârtia devine astfel locul sigur în care sunt plasate proiecţiile, în timp ce simbolurile şi imaginile devin recipiente pentru emoţii variate. Astfel, sentimentele pot fi exprimate în siguranţă şi, prin aceasta, în inconştient se produc noi imagini, sentimente şi stări. Desenul în serie jalonează drumul copilului spre pacea interioară, în funcţie de natura traumei sau a conflictului psihologic." (apud. Ch. Schaefer, 1988, p. 98).

Allan observă că unii copii încep desenul serial prin a produce imagini de suferinţă, alţii imagini reparatorii (ale vindecării), în timp ce alţii vor reda imagini stereotipe în desen.

Unii copii petrec mult timp cu imagini dureroase, în vreme ce alţii se îndreaptă direct spre imagini ale vindecării, părând a nu avea nevoia de a-şi împărtăşi durerea. Alţii apar blocaţi, stăruind într-o ambivalenţă intens conflictuală, între dorinţa de a creşte şi dorinţa de distrugere. Aceste pattern-uri expresive devin vizibile doar în timp, de aici rezultând natura serială a acestei abordări terapeutice.

Adesea, în desenul serial, un copil poate prezenta o temă simbolică, pe care o reia în mai multe desene, perseverent. Alteori imaginea aleasă se schimbă de mai multe ori, în forma sau în funcţia ei, semn al unei evoluţii, de la violenţă şi distrugere la echilibrare şi funcţionare sănătoasă. Astfel, într-un caz citat de autorul menţionat, o fetiţă de 6 ani abuzată sexual, desena constant dormitoare şi băi în care se aflau persoane expunându-şi organele genitale şi angajate în raporturi sexuale. La sfârşitul tratamentului prin desen serial, imaginea dormitoarelor şi băilor se menţine, dar persoanele desenate „dormeau fiecare în patul său, camerele păreau curate şi luminile aprinse".

Utilizarea desenului serial evidenţiază trei stadii principale în aplicarea metodei pe copiii cu tulburări şi dezorganizări moderate. Fiecare stadiu reflectă anumite imagini sau teme tipice.

În stadiul iniţial, între prima şi a 4-a şedinţă desenele reflectă:

- o viziune globală asupra lumii interioare a copilului;

- pierderea controlului intern şi prezenţa sentimentelor de disperare şi deznădejde;

- stabilirea unui raport iniţial cu consilierul, care uneori este încorporat într-un desen în forma simbolică a uriaşului prietenos, pilotului de avion, doctorului sau asistentului.

În stadiul intermediar, de la a 5-a la a 8-a ședință, conținutul desenelor poate reflecta:

- expresia unei emoții în forma ei pură;

- conflictul între contrarii (rău/ bine) și izolarea sentimentelor ambivalente;

- adâncirea relației dintre copil și ajutorul său. La sfârșitul acestei faze, copilul folosește desenul pentru a comunica direct despre problema dureroasă sau pentru a dezvălui un secret.

În stadiul terminal, de la a 9-a la a 12-a ședință, copilul tinde să deseneze:

- imagini care reflectă sensul stăpânirii de sine, al autocontrolului și valorizării;

- scene ce reflectă o imagistică pozitivă: absența războiului, violenței, luptei, distrugerii;

- simbolul central al Sinelui (autoportret, forme de mandale);

- scene umoristice;

- tablouri ce reflectă deplasarea legăturii de atașament de la consilier către alte persoane.

Două scurte exemplificări

Pentru a exemplifica modul în care poate fi folosită metoda desenului serial în cunoașterea și psihoterapia copiilor, vom prelua de la J.A.B. Allan două cazuri cu probleme severe de comportament în colectivitatea preșcolară și școlară.

Exemplele se referă la doi copii, unul de 6 ani și celălalt de 7 ani, care proveneau din familii destrămate. Băiețelul se mutase de 14 ori în viața lui, iar fetița era abandonată de mama sa, nemaiavând niciun contact cu ea.

Conținutul desenelor pe parcursul terapiei

Stadiul inițial, de la ședința 1 la ședința 4

Desenele din stadiul inițial ilustrează lumea internă a celor doi copii. Băiețelul înfățișează camioane izbind mașini mici, omorând persoane, trecând peste benzile șoselei și făcându-se praf în casele de pe cealaltă parte a șoselei. Desenele fetiței prezintă întreaga lume „în flăcări", vulcani peste tot, cutremure de pământ rupând lumea în bucăți, case aruncate în aer, oameni prinși în ele, rachete și bombe explodând. Tema centrală în ambele cazuri este devastarea și dezastrul.

Desenele reflectă sentimente de deznădejde. Temele primelor trei desene sunt revelatoare pentru efectul traumei legate de incompetența, incapacitatea și insecuritatea copiilor provocate de adulții importanți ai vieții lor. Astfel, lipsa ajutorului transpare clar din desenele fetiței, care se reprezintă prinsă într-un munte în timpul unui cutremur. Apar unele încercări rudimentare ale eroilor de a

încerca să scape distrugerii sau să facă ceva pozitiv. Oricum, în această fază, forțele distructive sau negative câștigă întotdeauna.

Din comentariul copiilor rezultă că persoanele prinse ies din munte, dar sunt ucise cu pietre, iar pe șoseaua desenată de băiețel, ciocnirile dintre mașini sunt permanente.

Desenele reprezintă un mijloc de stabilire a contactului inițial cu terapeutul.

Frecvent, copiii folosesc desenele pentru a începe să construiască o relație cu terapeutul. Băiatul a început să deseneze multe elicoptere și aeroplane zburând peste șosea. Apoi el a desenat hărți și labirinturi și a încercat să provoace consilierul pentru a găsi ieșirea: „Pariez că nu știi cum se iese din labirint...". La rândul ei, fetița a continuat să-i ceară consilierului: „Poți ghici ce am desenat?". Părea că de fapt, în subtext, copiii întreabă: „Mă înțelegi? Știi ce mi s-a întâmplat? Ești destul de deștept ca să mă ajuți?". Fetița îi cerea totdeauna consilierului să-i scrie numele în fața desenului.

În stadiul intermediar, de la a 5-a la a 8-a ședință, desenele tind să ilustreze următoarele:

- Expresia unei emoții în formă pură. Este faza în care anumite sentimente dureroase sunt separate de celelalte sentimente și exprimate în forma pură. De exemplu, băiatul a continuat să deseneze autostrăzi, dar și-a simbolizat depresia lui prin desen: „camionul a dispărut într-o groapă mare, în mijlocul șoselei". Fetița și-a exprimat intensitatea furiei printr-un desen ce înfățișa un uriaș revărsându-și mânia pe gură, iar într-o lucrare ulterioară a reflectat tristețea și mâhnirea ca „o armată a furnicilor care cară o lacrimă uriașă, într-un loc sigur, ca să poată fi spartă fără a răni pe cineva".
- Lupta cu sentimentele ambivalente. Desenele următoare au arătat deopotrivă forțe pozitive sau negative, coexistând ca egale. Astfel, într-un desen, apare un buștean prăbușindu-se la pământ, încărcat cu explozive, dar se previne omorârea în aer a mii de păsări. Într-un alt desen, un copac rău aruncă o suliță spre un erou, dar un om de zăpadă pune repede un scut între acesta și suliță.
- Adâncimea relației cu cel care ajută: consilierul. Acesta apare acum într-un desen ca imagine a ajutorului, a salvatorului. Băiatul a desenat un om într-un elicopter care aduce butuci pentru a repara gropile din șosea, precum și provizii. Fetița a desenat un uriaș binevoitor care salvează un băiat din inundația care a venit pe pământ, după foc.
- Destăinuirea problemelor profunde. Prin stabilirea relației terapeutice, copilul începe să aibe încredere în cel ce-i oferă ajutorul și împărtășește unele gânduri și sentimente profunde. Băiatul își definește starea „sunt trist" și vorbește despre supărarea lui în legătură cu desele schimbări de

domiciliu, că i-a fost greu să-şi facă noi prieteni, ca apoi să-i piardă şi despre teama pe care o încearcă la noul cămin, la grădiniţă, la şcoală. Fetiţa a desenat un copil care a încercat să se sinucidă pentru că mama lui a plecat definitiv şi a comentat că el încă se gândeşte la sinucidere câteodată. În acest moment important al terapiei, consilierul i-a spus: „Cred că atunci când mama ta a plecat de acasă a fost într-adevăr foarte dureros pentru tine, ca şi în momentele în care îţi doreai să mori ca să nu mai simţi atâta durere. Îmi pare bine că îmi spui despre aceste simţăminte".

Stadiul terminal, de la a 9-a la a 12-a şedinţă:

Odată ce sentimentele cele mai adânci şi mai dureroase au fost exprimate simbolic şi destăinuite verbal, ele tind să se mişte repede spre rezolvare. Desenele tind să reprezinte:

- **Imagini ale autocontolului şi valorizării**. Pentru băiat, traficul pe autostradă revine la normal, toate maşinuţele şi camioanele merg lin, benzile şoselei nu sunt încălcate, reparaţia drumului e terminată, apar chiar turnuri de control pentru a păstra ordinea şi „a ţine un ochi atent asupra traficului".
- **Manifestarea imageriei pozitive**. Nu mai sunt războaie, conflicte, explozii. Fetiţa desenează o scenă însorită, cu arbori exotici şi zâmbete pe toate feţele. După o serie de desene în care apar elemente de umor, copiii desenează o linie. Tot acum apar şi **mandalele**, sub forma cercurilor, pătratelor sau triunghiurilor în jurul imaginii centrale.
- Treptat **ataşamentul se deplasează de la terapeut către alte persoane**, lucru vădit în desene, după cum copiii spun de obicei: „Nu mai vreau să vin aici" şi terapia încetează.
- **Imaginile pozitive interioare** au fost restabilite, iar problemele comportamentale nu au mai fost semnalate.

Din studiile cazuistice menţionate mai sus rezultă valoarea incontestabilă a desenului serial, nu numai ca mijloc de evaluare a stărilor şi problemelor copilului în dificultate, dar şi ca un suport terapeutic de excepţie. Atragem atenţia însă că utilizarea acestei metode ţine în primul rând de competenţa psihologului analist, cu formaţie de psihodiagnostician şi consilier, a cărui prezenţă în orice instituţie cu profil educaţional este o necesitate. Desigur, pedagogii şi educatorii pot apela la rândul lor la desene, ca mijloace promiţătoare pentru semnalarea unor probleme ale copiilor, pentru exprimarea sentimentelor lor şi stimularea comunicării nonverbale, dar nu trebuie să se hazardeze în a interpreta sau provoca discuţii irelevante şi chiar periculoase prin diletantism. Este bine ca ei să fie deschişi în a colabora cu specialiştii psihologi şi psihoterapeuţi ai copilului, pentru ca împreună să găsească cele mai adecvate moduri de evaluare şi asistenţă.

e) Desenul liber

Desenul liber este cerut de obicei la începutul terapiei. Copiii doresc mai curând să deseneze sau să picteze ceea ce vor ei decât să li se spună ce să facă. În această manieră, ei ordonează lumea în modul în care doresc și sunt mult mai dispuși să coopereze la instrucțiunile viitoare. Când copiii desenează liber și fără nicio indicație, ei exprimă o parte din propria personalitate, își eliberează propriile lor sentimente și atitudini care ar fi putut să fie inhibate și ascunse. Această exprimare de sine și această libertate a gândirii și acțiunii sunt de altfel primul țel al intervenției terapeutice.

După ce copilul și-a terminat desenul, terapeutul poate ghida procesul terapeutic pe mai multe căi. De exemplu:

1) Copilul este încurajat să-și verbalizeze gândurile și sentimentele pe care le-a trăit în timpul desenării.

2) Copilul poate realiza o poveste plecând de la desen, poate descrie desenul în propriul său mod.

3) I se cere copilului să descrie desenul ca și când el ar fi desenul, să folosească pronumele personal „Eu". De exemplu: *„Eu sunt acest desen. Am linii roșii peste tot și un mic pătrat în interiorul meu."*

4) Terapeutul selectează lucrurile specifice din desen și-l ghidează pe copil să se identifice cu ele. De exemplu: *„Fii micul pătrat și descrie-te cum arăți, care este rolul tău etc."*

Pentru a ajuta procesul i se pot pune copilului întrebări ajutătoare: *„Ce faci tu?"*, *„Ce ai închis tu?"*.

5) I se poate cere copilului să realizeze un dialog între două părți din desen.

6) Se încurajează copilul să dea atenție culorilor. De exemplu: *„Gândește-te asupra culorilor pe care le-ai folosit. Ce-ți transmit culorile strălucitoare? Dar cele întunecate?"*

Toate aceste modalități de lucru terapeutic conduc spre revelarea sinelui copilului și spre autoexprimare.

Urmează apoi munca de identificare, terapeutul ajutându-l pe copil „să se recunoască" ca fiind exprimat prin desen sau prin părți din desen. Se folosesc întrebări de tipul: *„Tu te-ai simțit vreodată așa?"*, *„Ai făcut vreodată acest lucru?"*, *„Se potrivește asta cu viața ta în vreun fel?"*.

Copiii nu-și recunosc întotdeauna problemele. Ei sunt speriați să facă acest lucru și se pot retrage în ei înșiși, prefăcându-se că nu aud întrebările terapeutului. Ei exprimă astfel că au nevoie de mai mult timp până să se simtă în siguranță, să se autodezvăluie.

f) Jocul „Desenul unei povestiri"

Este o tehnică creată de **Steward Gabel**, care combină *tehnica*

Squiggly a lui Winnicott (unde copilul şi terapeutul desenează alternativ forme şi se întorc la ele acordându-le o semnificaţie terapeutică) şi *„Tehnica povestirii mutuale" a lui Richard Gardner*.

În acest joc interacţional terapeutul desenează primul o simplă linie pe hârtie şi-l direcţionează pe copil să traseze alte linii pentru a realiza un desen. După ce termină, copilul este întrebat: „Ce este acesta?" sau „Ce se petrece aici?" şi se poate porni astfel o discuţie mai îndelungată.

După această fază iniţială, copilul este rugat să traseze primul linia pe foaia de hârtie. Terapeutul încorporează apoi acestă linie într-un desen care este o urmare a desenului copilului şi apare astfel realizată o secvenţă de desene care, eventual, devin o poveste mai completă. Acest proces alternativ conduce la o interacţiune strânsă între terapeut şi copil, dar furnizează şi un bogat material diagnostic şi conduce la o mai bună conştiinţă de sine a copilului.

Când o serie de desene cu o poveste acompaniatoare a fost completată, desenele pot fi revăzute pentru a se accentua morala sau lecţia care poate fi învăţată de aici. Acum este recomandat să i se sugereze copilului să creeze alte finaluri povestirii, finaluri care ar putea fi mai satisfăcătoare.

În acest mod, terapeutul îl face pe copil conştient de noi alternative de a simţi şi a acţiona, de soluţii mai adaptative la probleme sale.

g) Mâzgăleala

Tehnica mâzgălelii, descrisă de **Florance Cane** (1951), este o metodă neameninţătoare de a-i ajuta pe copii să exprime acele părţi din ei înşişi pe care nu le-ar împărtăşi cu uşurinţă.

Procedura originală cere mai întâi copilului să-şi utilizeze întregul corp pentru a face un desen în aer cu mişcări largi şi ritmice. Apoi, după ce a fost experimentată o libertate a mişcărilor, copilul, cu ochii închişi, transferă aceasta într-un desen pe o foaie de hârtie (mâzgăleală).

Exerciţiul corporal are ca efect eliberarea copilului de inhibiţii şi, în consecinţă, se manifestă o mai mică constrângere în realizarea mâzgălelii pe foaia de hârtie.

Următorul pas, după ce mâzgăleala e completată pe foaie, este examinarea ei din toate unghiurile, găsind formele ce sugerează un desen cu sens. Desenul este apoi completat utilizând acele linii care se potrivesc cu imaginea mentală şi conduc la altele. Produsul final seamănă foarte puţin cu liniile originale de pe foaia de hârtie.

Unii copii pot găsi mai mult de un desen, în timp ce alţii vor contura şi vor colora o singură pictură largă, coerentă. Copiii povestesc despre formele lor sau îşi imaginează că devin aceste forme şi se exprimă în acest fel pe ei înşişi, devenind mai spontani şi mai creativi.

h) Desenarea sentimentelor

Prin reprezentarea grafică a unora din sentimentele lor, copiii le exteriorizează, se confruntă cu ele şi învaţă să le controleze. Câştigarea unui mai bun control emoţional conduce la dobândirea unui mai bun sens al identităţii personale.

Observarea procesului desenării este un aspect crucial al folosirii artei ca instrument terapeutic. Este mai bine ca terapeutul să rămână un observator pasiv, obiectiv, în timp ce copilul desenează. Este dezirabil ca, înainte de a încerca orice interpretare, terapeutul să obţină de la copii cât mai multe informaţii, autointerpretări şi exprimări ale sentimentelor legate de propriile desene.

• Alte mijloace expresive în psihoterapia copilului

1. Fantezia

Tehnicile fanteziei presupun folosirea întregului potenţial imagistic şi ele pot fi îmbinate sau nu cu desenul şi mişcarea fizică. Analiza unei fantezii este o problemă foarte controversată. Se pare însă că pot avea loc schimbări semnificative fără producerea vreunui insight.

În psihoterapia copilului abundă ideile despre fantezie. Odată cu lansarea ideii stimulării emisferei drepte şi a interesului pentru educaţia umanistă s-a produs o proliferare a cărţilor care tratează astfel de subiecte.

Descriem în continuare câteva astfel de **exerciţii de fantazare**:

Un frumos exerciţiu de fantazare, descris după **Violet Oaklander** (1988, p. 16), se numeşte „**Lupta**".

Copilul îşi imaginează cu ochii deschişi că este un mic vapor în timpul unei furtuni puternice.

„Încearcă să-ţi imaginezi că tu eşti unicul vapor şi explică ceea ce simţi. Vântul este puternic şi încearcă să scufunde vaporul. Valurile îl izbesc cu putere. Vorbeşte-mi despre modul cum diferite părţi ale corpului tău trebuie să lupte cu furtuna.

Cum îţi comunică diferite părţi ale corpului tău dacă vei ieşi învingător sau învins din furtună?

Pe neaşteptate vântul a atacat pentru ultima oară micul vapor şi apoi moare. Vaporaşul a câştigat lupta!

Ce experienţe reale de viaţă ai avut tu, care să fie asemănătoare cu situaţia dintre vântul muribund şi vaporaşul învingător?

Imaginează-ţi că tu eşti micul vaporaş care tocmai a învins furtuna. Ce simţi tu faţă de furtună?

Imaginează-ţi că eşti marea furtună care tocmai nu a reuşit să scufunde vaporaşul. Ce simţi tu faţă de el?

Acum fă un desen despre tine însuţi ca vaporaş într-o furtună."

Din această situaţie imaginară se desprind informaţii valoroase despre locul copilului în lumea sa şi despre modul cum face el faţă forţelor exterioare.

Un alt exerciţiu care pune în evidenţă strategiile copilului de a face faţă obstacolelor este **„fantezia zidului"** (**Iolanda Mitrofan**, 1995, 1997, p. 47): *„Imaginează-ţi că mergi pe un drum şi pe neaşteptate îţi apare în faţă un zid. Ce faci tu în această situaţie? Cum îţi apare zidul? Ce simţi faţă de el?"*.

În fantezia **„Peştera"** apar temerile şi conflictele ascunse ale copilului.

„Imaginează-ţi că te afli în faţa unei peşteri. Peştera are o uşă mare în spatele căreia se află ceva care vrea să iasă. Mergi, deschide uşa şi vezi ce se poate întâmpla."

Acest gen de fantezii pot fi continuate cu dialog gestaltist, astfel încât copilul să poată deveni conştient de trăirile sale.

Li se poate cere copiilor să-şi imagineze că sunt animale şi să scoată sunete ca acestea. Apoi să vorbească despre animalul respectiv şi să povestească o istorioară despre el.

2. Modelajul

Materialele pentru modelaj pot fi lutul, plastilina, aluatul, fiecare cu calităţi diferite.

Lutul oferă atât experienţe kinestezice, cât şi tactile. Flexibilitatea şi maleabilitatea lutului se potrivesc unei varietăţi de nevoi. El pare să spargă adesea blocajele copilului, putând fi utilizat cu succes şi de cei care au mari dificultăţi în exprimarea sentimentelor. Copiii supăraţi pot exprima supărarea lor în lut în diverse forme. Cei care sunt nesiguri şi fricoşi pot simţi un sentiment al controlului şi stăpânirii de sine prin intermediul lutului. Copilul agresiv poate utiliza lutul pentru a-l lovi şi sfărâma.

Un astfel de exerciţiu cu lutul este următorul (**C.J. Mills, J.R. Crowley**, 1986, p. 69): *„Închide ochii şi intră în spaţiul tău interior. Simte lutul cu ambele mâini pentru câteva minute. Respiră de două ori profund. Acum eu doresc să faci ceva cu lutul, cu ochii închişi. Degetele tale încep să se mişte.*

Observă dacă lutul pare să dorească să urmeze propriul său drum. Sau poate că tu vrei ca el să urmeze drumul tău. Realizează o formă, o figură. Lasă-te să fii surprins de ceea ce se întâmplă. Vei avea doar câteva minute pentru a face asta. Când ai terminat, deschide ochii şi priveşte la ceea ce ai realizat. Întoarce obiectul şi priveşte-l din diverse părţi şi unghiuri.

Acum fii această bucată de lut. Tu eşti lutul!"

În alte exerciții cu lutul, copilului i se spune să realizeze, cu ochii închiși, un animal, o pasăre, un pește, reale sau imaginare, sau ceva dintr-un vis, ceva ce i-ar plăcea să existe sau să modeleze din lut: familia sa sau problema sa sau o imagine simbolică despre el însuși sau i se poate cere să facă o poveste, o scenă cu lutul său.

Limita de timp este de trei minute pentru fiecare temă și s-a constatat că aceasta elimină perfecționismul și adesea conduce la rezultate mult mai interesante decât timpul îndelungat.

Modelajul poate fi realizat de un singur copil sau în grup. În acest ultim caz, copiii pot lucra pe o singură bucată de lut sau pe propria lor bucată, asamblând apoi obiectele realizate.

3. Colajul

Colajul este realizat prin lipirea sau atașarea de materiale de o mare varietate pe hârtie sau pânză. Pot fi utilizate în colaj: hârtie de toate tipurile, variate texturi, lucruri moi și aspre, nasturi, poleială, celofan, cartoane de ouă, capace de sticlă, macaroane, fire de lână, frunze, coji, semințe de toate felurile etc. Se utilizează cu succes pozele decupate din reviste sau cărți, fotografiile.

Un colaj poate fi realizat în multe feluri, similar cu pictura și jocul cu nisip.

Copiii pot povesti despre colajul în sine, îi pot da un titlu sau pot povesti despre procesul de realizare a colajului.

Colajul ajută la eliberarea imaginației și poate fi utilizat ca exprimare senzorială și emoțională.

4. Jocul cu nisip

Este o tehnică terapeutică de sorginte jungiană și simbolul joacă un rol important.

În activitatea sa terapeutică cu copiii și adolescenții **Dora Kalff** a descoperit analogii între copilărie și dinamismul integrării personalității descris de Jung ca principiul totalității.

Descriem în continuare cum apare jocul cu nisip în viziunea Dorei Kalff.

Ea utilizează o cutie de nisip (57x72x7 cm), limitele sale acționând ca factor de reglare și de protecție pentru imaginația celui care se joacă. Jucăriile sunt de o mare diversitate, ele reproducând cam tot ce se poate să existe în jurul copilului.

Jocul în nisip al unui copil poate fi interpretat ca o reprezentare tridimensională a unei situații psihice. O problemă inconștientă se exprimă în cutia de nisip, jucându-se acolo ca o dramă. Conflictul este transpus din viața internă a copilului în viața externă și devine vizibil pentru terapeut. Acest joc al imaginației dinamizează inconștientul și acționează astfel asupra psihicului copilului.

Terapeutul interpretează pentru el însuşi simbolurile apărute în seria de jocuri cu nisip şi, în unele cazuri, jocurile sunt explicate copilului prin raportarea la situaţii cotidiene de viaţă, în termeni uşor de înţeles.

Graţie exteriorizării sale prin joc, problema internă a devenit vizibilă şi evoluţia psihică face un pas înainte. Pe de altă parte, structurile jocului şi detaliile sale furnizează terapeutului liniile directoare pentru tratament.

Dora Kalff consideră că, adesea, primul joc lămureşte deja situaţia; el conţine, înlăuntrul simbolului ţelul de atins: realizarea Sinelui. După aceea sunt eliberate energii noi pentru a duce la dezvoltarea sigură a Eului.

5. Crearea de poveşti

Crearea poveştilor este o practică de primă importanţă în psihoterapia copilului. Utilizarea lor în terapie implică: realizarea poveştilor de către terapeut şi povestirea lor copiilor; realizarea poveştilor de către copii; utilizarea unor lucruri care să stimuleze poveştile (cum ar fi picturile, testele proiective, marionetele, desenatul, jocul cu nisip), deschiderea către fanteziile interioare sau utilizarea mijloacelor video sau audio, a microfonului de jucărie sau a unui set TV imaginar.

Din poveştile pe care le realizează copilul, terapeutul este capabil să faciliteze insight-uri asupra conflictelor, frustrărilor sau mecanismelor de apărare ale copilului.

Se consideră că poveştile copilului sunt mai uşor de analizat decât visurile, asociaţiile libere şi alte producţii ale adultului.

Problema principală a terapeutului de copii ar fi să utilizeze insight-urile sale terapeutice.

Dr. **Richard Gardner** a creat *„tehnica mutuală a realizării de poveşti"* (apud. Oancea, 1989, p. 211).

El cere mai întâi copilului să povestească o istorioară şi este atent la atmosfera şi cadrul povestirii, la reacţiile emoţionale ale copilului atunci când spune povestirea, determină figura sau figurile care-l reprezintă pe copil sau care corespund persoanelor semnificative din mediul său. Apoi Gardner spune propria sa poveste pornind de la aceleaşi personaje, atmosferă şi soluţii iniţiale ca şi în povestirea copilului, dar oferă o rezolvare mai potrivită la cele mai importante conflicte. Fiecare poveste se termină cu o lecţie sau o morală derivată din situaţia poveştii. Se încearcă astfel să i se ofere copilului mai multe alternative.

Terapeutul trebuie să deschidă noi căi neluate în considerare în schema de gândire a copilului.

Copilul trebuie ajutat să devină conştient de multitudinea de opţiuni care sunt disponibile să le înlocuiască pe cele înguste, autodistructive, alese de el.

Şi basmele şi legendele oferă un material foarte bun de lucru cu copiii. Ele se referă la emoţiile universale de bază: dragoste, ură, frică, furie, singurătate, sentimente de izolare şi de a fi fără valoare.

Au fost publicate numeroase lucrări cu privire la structura, semnificaţia şi valoarea educativă a poveştilor. Una dintre cele mai cunoscute este cartea lui **B. Betelheim** (1976), „Psihoanaliza poveştilor cu zâne".

Autorul este de părere că basmele se adresează „Eu-lui fraged" al copilului şi favorizează dezvoltarea sa, eliberând totodată presiunile inconştiente şi preconştiente. Tărâmul basmelor îi dezvoltă copilului capacitatea de a-şi construi şi verbaliza trăirile şi proiecţiile, fără să-l primejduiască nici afectiv, nici etic.

Copilul are nevoie „de ceva" care să-l facă să vadă toate avantajele unui comportament conform cu morala, nu prin intermediul preceptelor etice clasice, ci prin spectacolul „aspectelor tangibile ale binelui şi răului", care capătă atunci pentru el toată semnificaţia lor. El poate să înveţe prin basme *„că lupta contra gravelor dificultăţi din viaţă este inevitabilă şi face parte intrinsecă din existenţa umană, dar că în loc de a se ascunde, el trebuie să înfrunte în mod ferm încercările neaşteptate şi adesea injuste, trebuie să vină de hac tuturor obstacolelor, sfârşind prin obţinerea victoriei."* (op. cit., 1976, p. 24).

Ch. Vandenplas-Holper (1993) evaluează calităţile poveştilor pentru copii în vederea stimulării socio-emoţionale.

Se urmăreşte analiza poveştilor în funcţie de structura şi conţinutul lor, în vederea desprinderii problemelor pe care le abordează personajele prezente în poveste, a valorilor pe care acestea le vehiculează şi cu care lectorul sau auditoriul sunt confruntaţi în final, a modului în care poate folosi terapeutul aceste poveşti pentru stimularea socioemoţională a copilului.

Modul de folosire a poveştii ar fi următorul: copilului cu o anume tulburare socioemoţională i se citeşte o poveste ce abordează o temă care să-l ajute să iasă din situaţia sa. De exemplu, unui copil care este fricos şi nu are încredere în forţele proprii i se spune o poveste în care eroul este învingător, se caracterizează prin curaj şi nu are nevoie de ajutoare exterioare în atingerea scopului. Se aşteaptă ca micuţul să se identifice cu personajul principal din poveste şi să încerce să-l imite.

6. Lucrul cu basmul

Din perpectivă psihologică, basmul are o mare valoare ca expresie a unui scenariu iniţiatic. Copiii, fără a conştientiza, refac, generaţie după generaţie, drumul eroului mitologic, care, înainte de a intra în rândul oamenilor maturi, este supus unui număr de încercări care-i verifică vitejia, înţelepciunea, forţa fizică, tăria de caracter.

Putându-se identifica pe plan imaginar cu eroul basmului, copilul rămâne în universul său infantil şi, în acelaşi timp, se vede în lumina basmului ca şi cum ar fi crescut brusc şi ar fi învingător.

Structura basmului nu numai că o preia pe cea a riturilor de iniţiere, ci, într-un fel, repetă structura experienţelor infantile, care este o succesiune de misiuni şi dueluri, de încercări grele şi deziluzii. Astfel, el îşi populează treptat universul cu aliaţi puternici şi duşmani diabolici.

Alt aspect este acela al rezolvării problemelor copilului, educarea manierelor de a face faţă crizelor sau situaţiilor stresante. Prin intermediul basmelor, se consideră că se stimulează înţelegerea de sine şi a celorlalţi, stabilind relaţii reciproce semnificative. Basmul stimulează descentrarea copilului, creându-i jocul de perspectivă, care-l face să se pună în locul altuia şi să regăsească în altul ceva din el însuşi.

Basmul nu acţionează doar la nivelul conştientului sau al inconştientului personal, ci şi la nivelul inconştientului colectiv.

C.G. Jung a explicitat această influenţă prin funcţia terapeutică a simbolurilor arhetipale, care au rolul de a direcţiona energia arhetipurilor din inconştient în conştient.

„Iată de ce este deosebit de important să li se povestească copiilor basme, legende, iar adulţilor să li se transmită noţiuni religioase. Toate acestea sunt simboluri instrumentale cu ajutorul cărora conţinuturile inconştientului sunt preluate de conştient pentru a fi interpretate şi integrate.

În lipsa lor, energia arhetipurilor, adesea considerabilă, se îndreaptă spre conţinuturi neînsemnate şi le ridică însemnătatea până la nivele patologice. Astfel se nasc fobiile, în aparenţă lipsite de temei, precum şi ideile tensionale, idiosincraziile, reprezentările hipocondriace sau perversităţile intelectuale care se pot manifesta social, religios sau politic." („În lumea arhetipurilor", 1994, p. 184).

Fiind interesată de influenţa pe care o are basmul asupra copilului, am elaborat o tehnică imaginativă în care copilul realizează o interferenţă între lumea sa reală şi lumea fantastică a basmului.

Am aplicat această tehnică în mod experimental pe 36 de copii cu vârste cuprinse între 5 şi 7 ani. Iată câteva detalieri privind modul de lucru şi rezultatele experimentului (v. **Iolanda Mitrofan, Elena Otilia Vladislav, op. cit.,** 1997, p. 177; idem op. cit., 2001, p. 128).

Am folosit basmul popular „Prâslea cel Voinic şi merele de aur", cu care i-am familiarizat în prealabil pe copii. Ei au fost puşi, individual, în situaţia de a rezolva imaginativ două situaţii problematice din viaţa lor reală, apelând la ajutorul personajelor şi obiectelor miraculoase din basm.

Prima situație: *„Închide, te rog, ochii și imaginează-ți că ai făcut o năzdrăvănie și ești gata-gata să fi pedepsit (acasă sau la grădiniță). Numai că acum se întâmplă un lucru neobișnuit. Închipuie-ți că unul sau mai multe personaje din basmul nostru pot să vină și să te ajute să scapi de pedeapsă."* I se citește lista de personaje pentru a i le reaminti. *„Foarte bine, acum, dacă ți-ai imaginat, poți să deschizi ochii și să-mi spui ce personaj ai vrea să vină în ajutorul tău."* Pe măsură ce copilul își derulează povestirea, se intervine cu întrebări care să-l stimuleze să facă asociații: *„Ce personaj vrei să vină în ajutorul tău?"*, *„Ce ar face el pentru tine?"*, *„Ar putea el singur să te ajute sau ar veni și alt personaj?"*, *„Acesta ce ar face pentru tine?"*, *„Cu ce obiect fermecat ar veni personajul tău?"*. I se citește lista cu obiectele miraculoase din basm. *„Ce s-ar întâmpla dacă ar veni cu acest obiect?"*, *„Ce ar face cu el?"*

A doua situație: *„Închide, te rog, ochii și imaginează-ți că ești singur noaptea, în întuneric. Închipuie-ți că poate să vină oricare dintre personajele din basmul nostru să te ajute să nu-ți mai fie frică sau urât."*

I se citește lista cu personajele din basm. *„Foarte bine, acum, dacă ți-ai imaginat, poți să deschizi ochii și să-mi spui ce personaj ai vrea să vină în ajutorul tău să nu-ți mai fie frică..."* În continuare, investigarea se derulează identic cu cea din prima situație.

Prin analiza de conținut a povestirilor născocite de copii s-au desprins trei maniere prin care aceștia, aflați în situații problematice, se raportează la conținutul basmelor. Le vom expune în continuare, însoțindu-le cu exemple din protocoalele experimentale.

1) Transpunerea în lumea imaginativă a basmului. Unii copii se identifică cu diferite personaje și dau răspunsuri corespunzătoare. Astfel, băiețelul B.R. se identifică cu Prâslea și ar vrea ca Împăratul să-l ia cu el la palat și să-l lase să-i păzească merele. P.C. se identifică cu Împăratul: *„Prâslea și frații lui să-mi păzească pomul cu merele de aur. Să-mi aducă merele de aur. Prâslea să mă ajute să nu-mi fure nimeni merele."*

Fetițele se identifică cel mai des cu fetele de Împărat: *„Fratele cel mijlociu să mă ia de nevastă și să trăim într-un palat." (C.A.)*, *„Zmeii vor să mă ia de nevastă, dar Prâslea mă salvează." (I.L.)*. Alți copii intră în lumea basmului aduși de Zmeu, de Zgripțuroaică sau de Împărat. Zmeii și Zgripțuroaica sunt făpturi fantastice ce fac legătura între „tărâmul nostru" și „tărâmul celălalt". Probabil din această cauză sunt aleși de copii drept vehicule capabile să îi ducă în lumea imaginară a basmului. *„Să vină Zmeul. Mă pun pe spinarea lui și mă duc la palatul lui" (B.R.)*, *„Mă duc cu Zmeul în poveste."*

(V.M.), „Zgripțuroaica să zboare cu mine până la palatul lui Prâslea și să vină înapoi acasă la mine. Împăratul mă duce la el la palat să văd capete de animale sau de Zmei puse pe perete, că n-am văzut niciodată." (N.I.).

2) Transpunerea personajelor din basm în viața reală. S-au constatat două situații: una în care copiii proiectează în personajele din basm persoane din viața lor reală (educatoare, părinți) și cealaltă în care personajele se poartă ca niște persoane reale (sună la ușă, dau telefon, mănâncă mâncarea din frigider). Exemple pentru prima situație: *„Zmeul mă pedepsește." (S.A.), „Fratele cel mare să nu mai trimită copiii după bere. Să se ducă el să ia bere, tot ce-i trebuie." (I.L.), „Împăratul mă pedepsește pentru că am înjurat." (M.M.).* Exemple pentru a doua situație: *„Prâslea și Zgripțuroaica sună la ușă. Mă uit pe vizor întâi, că dacă ar fi cineva și m-ar fura." (S.C.), „Nu pot să-i dau telefon lui Prâslea pentru că el nu are telefon." (V.N.), „Personajele nu au pe unde să vină pentru că am lacăt la ușă." (C.R.).*

3) În povestirile copiilor apar dorințele, sentimentele, frustrările lor ascunse.

Exemple în care se observă rolul compensator al imaginației: *„Să-mi aducă Prâslea jucării, păpuși, haine. Puii de Zgripțuroaică să mă facă să am o rochie, că îmi place. Când văd că mama mă îmbracă în pantaloni nu-mi place." (I.L.), „Împăratul mă duce la el la palat, mă învață să fac karate." (C.A.), „Prâslea să mă ducă la mare. Acolo e bine, e frumos, nepedepsită pe apă." (V.L.).* Interesante sunt răspunsurile a două fetițe în cazul cărora părinții sunt divorțați și ele locuiesc doar cu mamele și bunicii: *„Prâslea să mă păzească, să aibă grijă de mine. Tatăl meu e gras și e puternic și stă cu mine când sunt singură, dar nu stă cu mine în casă." (S.I.).* Se observă cum tatăl este proiectat în Prâslea. *„Îmi imaginez că Fata cea Mare și Fata cea Mică de Împărat sunt mama și sora mea. Mi-aș imagina că Fiul cel Mare este tatăl meu și Prâslea e fratele meu." (B.N.).* În ambele cazuri apar dorințele fetelor de a trăi în familii nedezbinate.

Răspunsurile din prima situație problematică mi-au permis să observ care sunt sentimentele copiilor atunci când sunt pedepsiți: *„Când vrea mama să-mi dea o palmă sau să-mi facă ceva, Prâslea să o facă să-i fie milă de mine, să nu mai dea cu palma în mine." (N.I.), „Prâslea să-i spună Doamnei educatoare: «Să nu-l mai pedepsiți pe D., pentru că este un băiețel cuminte.» - Doamna nu știe asta." (I.D.), „Tăticul mă bate în fiecare zi când spun o prostie. Zmeii și Balaurul îl omoară pe tăticu' și eu plec cu ei în poveste." (V.M.).*

În povestirile copiilor apar idei interesante asupra personajelor mitice. Astfel, Zmeul are și rol pozitiv și rol negativ. Unii cred că Zmeii

sunt răi, dar pe ei îi ajută: *„Zmeul cel Mic îi spune lui Prâslea ce am făcut eu acasă şi el îmi spune să fiu cuminte. Zmeul e rău, dar pe mine mă ajută." (D.O.), „Zmeul e rău, dar pe mine mă apără. Când vine un hoţ să-l împungă cu coarnele." (B.R.).* Alţii admit că Zmeii sunt şi buni şi răi: *„Zmeul cel Mic şi Zgripţuroaica mă apără. Cred că Zmeul ar fi ca un iepuraş. E bun... nu e aşa de bun, e şi bun şi rău, mai face năzdrăvănii." (S.C.), „Zmeii erau răi, dar şi frumoşi, ca nişte oameni, dar răi la suflet." (I.I.).* Însă cel mai expresiv răspuns a fost dat de fetiţa C.A.: *„Zmeul e rău, dar mă ajută. El ar veni cu mărul de aur şi m-ar transforma în Zmeu. Eu aş face... să-i bat pe oamenii buni, pentru că mie mi se pare că sunt răi. Ştiu că oamenii sunt buni, dar mie, dacă sunt Zmeu, mi se pare că sunt răi."* Reiese de aici că Zmeul face rău din ignoranţă. El este rău pentru că i se pare că oamenii sunt răi.

Remarcând că aceşti copii au scoruri mari la originalitate, se lansează următoarea ipoteză: cu cât este lăsat copilul mai liber să-şi imagineze, cu cât îi va fi mai încurajată creativitatea, cu atât va fi el mai receptiv la sensul ascuns al simbolurilor arhetipale, în stare să sesizeze atât latura pozitivă, cât şi cea negativă a arhetipurilor. În urma analizei rezultatelor experimentului se consideră că această tehnică imaginativă poate fi utilizată în mai multe moduri:

1) Ca mijloc de diagnosticare a personalităţii şi vieţii socio-emoţionale a copiilor, a tipurilor de relaţii părinţi-copii, copii-educatoare, jucând rolul unei tehnici proiective.

2) Ca mijloc de stimulare a creativităţii (demonstrat statistic), creativitatea fiind un garant al sănătăţii psihice.

3) Ca tehnică psihoterapeutică ce se poate înscrie în rândul celorlalte tipuri de terapie prin metaforă la copii.

Personajele şi obiectele miraculoase din basm, privite ca metafore, au două niveluri de înţelegere: a) la nivel conştient sunt prieteni care îi ajută pe copii să depăşească situaţia grea în care se află; b) la nivel inconştient ele funcţionează ca resurse şi puteri interioare alese de copil să-i vină în ajutor.

7. Metafora terapeutică

a. Poveştile metaforice

Un element pe care atât metafora literară, cât şi cea terapeutică îl au în comun este **corespondenţa** (Jaynes, 1976): *„Noi trebuie să fim capabili să experimentăm o sincronie imediată între o metaforă şi referentul său."*

În metafora literară, corespondenţa dintre metaforă şi „referentul" său trebuie să fie suficient de strânsă ca să evoce simţul unei familiarităţi imagistice: cititorul trebuie să fie condus în interiorul unei bogăţii a imaginii, oricât de străină sau îndepărtată ar fi experienţa descrisă.

În timp ce descrierea este funcția principală a metaforei literare, țintele metaforei terapeutice sunt modificarea, reinterpretarea, remanierea.

Metafora terapeutică trebuie să evoce atât familiaritatea imagistică a metaforei literare, cât și familiaritatea rațională bazată pe o înțelegere a experienței personale.

Povestea, personajele, evenimentele, locurile trebuie să vorbească despre viața obișnuită a celor ce o ascultă și ea trebuie să aibă un limbaj care să fie familiar.

Pentru a funcționa în sens terapeutic, este necesar să se creeze ceea ce **Rossi** numea *„porțiune de realitate fenomenologică"*, în care lumea creată prin metafora terapeutică este experimentată de către copil. Aceasta crecază trei căi de relaționare empatică între copil, terapeut și poveste, care îi dă posibilitatea copilului să se identifice cu personajele și evenimentele descrise. Acesta este sentimentul identificării care conține puterea transformatoare a metaforei (Gordon, 1978).

Copilul trebuie să creeze o punte de conectare personală între sine și evenimentele din poveste. În metafora terapeutică aceasta este facilitată prin reprezentarea problemei copilului suficient de exact, astfel încât el să nu se simtă singur, și suficient de indirect ca să nu se simtă stânjenit, rușinat sau rezistent. Odată identificarea stabilită între copil și poveste, sentimentul de izolare al copilului din jurul problemei sale *(„Nimeni nu are problema mea")* este înlocuit cu un sentiment al împărțirii experienței *(„Ei au o problemă ca a mea")*. Totuși, conectarea dintre problema metaforică și problema copilului rămâne insuficient conștientizată, aceasta reprezentând finețea metaforei terapeutice.

Întrebându-se cum poate crea cineva părți de realitate fenomenologică prin care metafora terapeutică obține aceste efecte, **J. Mills și R. Crowley** (1986) au pornit de la studierea componentelor basmelor. Ei consideră că basmele sunt un exemplu excelent despre cum metafora poate fi utilizată atât literar, cât și terapeutic. Într-un mod sau altul, multe basme clasice:

1. Stabilesc o temă globală a conflictului metaforic în relație cu protagonistul.

2. Personifică procese inconștiente în forma eroilor sau salvatorilor (reprezentând abilitățile și resursele protagonistului) și ticăloșii sau obstrucționări (reprezentând fricile și credințele negative ale protagonistului).

3. Personifică situațiile de învățare paralele, în care protagonistul este victorios.

4. Prezintă o criză metaforică în interiorul unui context de rezolvare inevitabilă, în care protagonistul își învinge sau își rezolvă problemele.

5. Dezvoltă un nou sentiment al identificării cu protagonistul ca rezultat al victorioaselor sale „călătorii eroice".

6. Culminează cu o sărbătoare în care este recunoscută vitejia protagonistului. (op. cit., 1986, p. 65)

Metaforele terapeutice pot fi create prin diverse strategii: preluând teme din poveştile populare sau cele S.F., folosind poveşti originale bazate pe motive din basme şi poveşti originale bazate pe propria imaginaţie a copilului şi a terapeutului.

O altă sursă bogată de creare a metaforelor este experienţa din viaţa reală.

Terapeutul solicită şi utilizează experienţe pozitive ale copilului – hobby-urile sale, filmele, personajele din desene animate, tovarăşii de joacă, animalele, evenimentele, amintirile care au avut efect benefic. Aceste asociaţii plăcute pot funcţiona ca „bilet de intrare" **în lumea resurselor interne ale copilului**. De asemenea, ele ajută formarea „structurii cadru" (Brink, 1982) a metaforei, utilizând scene, activităţi şi evenimente familiare copilului.

b. Metafora artistică

O altă aplicare a metaforei terapeutice ce se alătură utilizării poveştilor metaforice, integrând sistemele senzoriale şi evocând schimbarea inconştientă, o constituie metafora artistică.

Metafora artistică utilizează strategii de desenare, jocuri din carton create de către copil, dând o altă dimensiune experienţei terapeutice.

Atât metafora povestirii, cât şi metafora artistică se focalizează în special pe integrarea funcţionării creierului drept şi stâng pe nivele inconştiente prin abordări multisenzoriale. Deoarece metafora artistică implică utilizarea obiectelor în spaţiu, ea este atât multisenzorială, cât şi tridimensională. Aceasta ajută mesajul terapeutic să se exprime în termeni tangibili, fizici. Se transmit astfel într-o expresie exterioară sentimentele şi senzaţiile interioare şi, în acelaşi timp, mintea inconştientă poate exprima şi rezolva problema copilului pe calea reprezentărilor conştiente.

O să ne referim în continuare la două dintre metaforele artistice descrise de J. Mills şi R. Crowley în cartea lor „Metafore terapeutice pentru copii şi copilul interior" (1986).

1. **Metafora *„Cum să faci faţă mai bine suferinţei"*** (1986, p. 74) a fost creată pentru a-i ajuta pe copii să facă faţă durerii fizice. Scopul său este de a furniza un instrument artistic prin care: 1) senzaţiile dureroase pot fi obiectivate şi 2) în acelaşi timp se poate avea acces la resursele interioare. Această tehnică, folosită ca adjuvant în demersul diagnosticului şi tratamentului medical, nu este utilizată să mascheze durerea, ci mai degrabă să o controleze, să o slăbească şi ajută copilul să se disocieze de ea.

   Ea presupune **trei paşi simpli în care copilul este pus să deseneze:**

1) cum apare durerea chiar acum;
2) cum apare starea de bine (lipsa durerii);
3) cine poate să ajute primul desen să se transforme în al doilea desen.

Aceste desene servesc mai multor **scopuri**:

În primul rând, ele îl pot ajuta pe copil să se disocieze de durere prin transformarea ei într-o imagine pe hârtie. Rolul încercării de a aduce o imagine vizuală a durerii activează „nivelul secund al conştiinţei" (Rossi, 1972), care-l ajută pe copil să se deconecteze de la simţul durerii.

Al doilea scop este acela că redarea durerii într-o imagine tangibilă dă copilului un sens al cunoaşterii, care este în relaţie cu sensul mişcării de la necunoscut la cunoscut. Acesta este un pas important în a ajuta copilul să câştige un simţ al controlului durerii.

Al treilea scop al desenării este de a ajuta să se manifeste sistemul senzorial care este nefolosit de către copil. Copilul bolnav este blocat pe un dureros canal kinestezic.

Toată atenţia copilului este în mod obişnuit centrată pe sentimentul de a fi bolnav. Desenarea modului cum arată durerea ajută să se activeze alte părţi ale creierului, care difuzează atenţia şi furnizează o bogăţie de resurse preţioase.

Al patrulea scop al desenării este unul al puterii de implicare. Prin a-i cere copilului să deseneze cum arată o stare de „mai bine" terapeutul sugerează că „mai bine" există.

Când copilul înţelege şi începe să deseneze, acţiunea sa semnifică că „mai bine" este de asemenea o realitate potenţială. Începe acum să construiasc un „pod" metaforic de la disconfort la confort, utilizând propriul său „medic inconştient". Acest pod este produs în interiorul celui de al doilea desen şi apoi devine real şi concret în al treilea desen, care descrie în mod simbolic abilităţile şi resursele copilului pentru a-l actualiza.

2. **„Terapia prin desen animat"** este o altă tehnică metaforică utilizată de **J. Mills şi R. Crowley**. Ei pornesc de la ideea că personajele din desenele animate şi aventurile lor sunt *ipso facto* simboluri puternice pentru mulţi copii şi de aceea ele pot fi utilizate cu uşurinţă ca alternativă metaforică pentru lucrul cu fricile, anxietăţile, conflictele copiilor.

„Terapia prin desen animat" poate fi utilizată în conjuncţie cu orice altă intervenţie terapeutică.

Astfel, personajul favorit din desenele animate poate fi încorporat într-o povestire metaforică, desenat sau decupat ca scop sau ajutor în „jocul panoului resurselor", transpus într-o marionetă în „jocul magic al marionetelor" sau desenat ca parte din „desenul resurselor interioare".

La nivel conştient, personajele din desenele animate pot deveni importanţi prieteni imaginari ce-l acompaniază pe copil în cabinetul doctorului (Gardner şi Ohness, 1981) sau dau copilului suportul emoţional necesar în relaţia cu „teroarea" şcolii sau îl ajută să facă faţă coşmarurilor.

La nivel inconştient, ajutoarele din desenele animate simbolizează forţele şi resursele interioare, ceea ce explică atracţia copilului pentru un anume personaj.

De exemplu, în cazul unui copil cu coşmaruri, tehnica terapeutică ar putea decurge astfel:

1) Desenează cum arată coşmarul!
2) Desenează ce personaj din desenele animate te-ar putea face să te simţi în siguranţă!
3) Cum poate arăta starea ta de mai bine?

8. Marionetele

Este mai uşor pentru copil să vorbească prin intermediul marionetei, care spune în mod direct ceva ce lui îi vine greu să exprime. Marioneta implică detaşare şi copilul se simte în siguranţă să releve ceva din intimitatea sa în acest mod.

Ca şi alte materiale artistice, marionetele servesc atât în scop diagnostic, cât şi în terapie. În terapie ele pot fi utilizate în diferite moduri: în exerciţii conduse de terapeut, spontan în timpul terapiei sau în teatrul de marionete. Mai jos descriem câteva dintre acestea (V. Oaklander, 1988, p. 105).

I se poate cere copilului să aleagă marioneta şi să fie vocea marionetei: *„Spune de ce ai fost aleasă"*. Apoi copilul vorbeşte prin „intermediul" marionetei despre sine.

Copilul alege una sau două marionete care-i amintesc de el sau de cineva pe care-l cunoaşte.

În orice situaţie, terapeutul, un alt copil sau chiar grupul îi pot pune marionetei orice tip de întrebare.

Un alt exerciţiu de interacţiune este următorul:

„În timp ce restul grupului priveşte, copilul şi terapeutul sau doi copii aleg câte o marionetă şi acestea comunică nonverbal una cu alta."

Sau:

„Un copil alege două marionete şi ele interacţionează nonverbal, apoi verbal, în timp ce restul grupului priveşte."

Marionetele introduc alte marionete sau alţi copii.

Se constată cum copiii se exprimă mult mai uşor prin intermediul marionetelor şi chiar comunică mai uşor cu marioneta aleasă de terapeut decât cu terapeutul însuşi (mai ales copiii mici).

În teatrul de marionete copiii povestesc istoria lor prin intermediul marionetelor.

Tema poate fi aleasă de către copil sau de către terapeut, care se bazează în alegere pe o anume situație problematică în viața copilului sau poate realiza un spectacol vesel doar de dragul distracției.

Se folosesc o varietate de marionete: un bărbat, o femeie, un cuplu de fete, un cuplu de băieți, un diavol, o vrăjitoare, un crocodil, un tigru, un bebeluş, un rege, un câine şi multe animale şi păpuşi. Pot fi de ajutor adăugarea: unei păpuşi-doctor, a unui lup, a unor figuri de bunici, a unui polițist, a unui şarpe.

Copiii nu numai că pun în acțiune situațiile de viață prin intermediul diferitelor marionete, dar ei le identifică cu uşurință cu variate „părți" din ei. Uneori, prin jocul marionetelor, ei sunt capabili să-şi rezolve conflictele interioare mai bine, să le echilibreze şi să integreze multe aspecte din ei înşişi.

9. Terapia prin joc (ludoterapia)

Jocul continuă să fie una din căile principale de lucru cu copiii în terapie. El ajută la realizarea raportului necesar dintre terapeut şi copil şi poate fi un bun instrument diagnostic.

Poți observa la copil când se joacă multe lucruri despre maturitatea, inteligența, imaginația şi creativitatea sa, organizarea cognitivă, orientarea în realitate, volumul atenției, abilitățile de rezolvare a problemelor, modurile de a intra în contact şi aşa mai departe. Copilul poate de asemenea să se joace evitând să-şi exprime sentimentele şi gândurile.

Psihanalista **M. Klein** priveşte jocul ca un tip de reprezentare simbolică a fanteziei inconştientului şi-l interpretează ca atare.

Waelder declară că jocul aduce copilului oportunitatea de a asimila treptat ceea ce în viața reală ar putea fi dificil să integreze; iar Erickson numeşte jocul „calea regală de înțelegere a eforturilor Ego-ului infantil la sinteză".

Se consideră chiar că jocul este forma copilului de auto-terapie, prin care lucrează adesea asupra confuziilor, anxietăților şi conflictelor sale.

În terapie, jocul se poate realiza în acelaşi mod cum se utilizează o poveste, un desen, o scenă din jocul cu nisip, un spectacol cu marionete sau un joc dramatic improvizat.

Violet Oaklander ne împărtăşeşte în cartea sa „Gestaltterapia la copil şi adolescent" manierele în care utilizează jocul în cadrul terapiei (1988, p. 60).

„Observ procesul copilului. Cum se joacă el, cum se apropie de materiale, pe care le alege, pe care le respinge? Care este stilul său general de joacă? Este organizat sau dezorganizat? Care este pattern-ul său de joc?

Observ conținutul jocului în sine. Se joacă el după anumite teme? Agresiune? Îngrijorare? Există o seamă de accidente de mașini, de avioane?

Observ modurile de contact ale copilului. Realizează el un bun contact cu sine și cu jocul când se joacă? Realizează contact între obiecte? Intră oamenii, animalele, mașinile în contact unele cu altele? Se privesc, vorbesc unele cu altele?"

Terapeutul poate direcționa conștientizarea copilului asupra procesului jocului și contactului din joc. Îi poate spune: *„Pari să fii cam lent"; „Nu te-am observat niciodată să le atingi"; „Acest avion este singur".*

Dacă partenerul se repetă în timpul jocului terapeutul poate direcționa întrebările către viața copilului. Îl poate întreba: *„Îți plac lucrurile ordonate acasă?", „Îți murdărește cineva camera?".*

I se poate cere copilului să se oprească la orice punct al jocului și să-l repete, să accentueze sau să exagereze acțiunea sa.

Sau i se poate cere să se identifice cu orice om, animal, obiect și apoi se aduce situația înapoi la copil și la viața sa.

„Te-ai simțit vreodată ca această maimuță?"

„Te-ai simțit vreodată îngrămădit?"

„Te-ai aflat vreodată într-o luptă ca acești doi soldați?"

Se produce un nivel de integrare tocmai prin exprimarea situațiilor, sentimentelor, anxietăților în mod deschis. Integrarea se produce atât prin exprimarea deschisă, ce poate fi simbolică sau directă, cât și prin experimentarea de către copil a situației de joc în siguranță, într-o atmosferă permisivă.

10. Dramaterapia

Dramaterapia este o formă de psihoterapie a copilului în care spontaneitatea jocului dramatic, ca și intervențiile terapeutului ajută copilul să se exprime, să înțeleagă și să lucreze asupra conflictelor sale, să producă insight-ul și schimbarea. Prin utilizarea mijloacelor expresive cum ar fi păpuși, marionete, material senzorial, jucării care evocă imagini nonverbale și schematice, copiii cu tulburări sunt ajutați să ajungă la învoială cu dificultățile lor.

R. Gardner, creatorul *„tehnicii povestirii mutuale"*, a observat cum, în timpul povestirii, copiii doreau în mod spontan să gesticuleze, să intoneze, să joace anumite roluri și cum, într-adevăr, dramatizarea sporește eficacitatea tehnicii.

El crede că terapeutul însuși trebuie să aibă libertatea de a se rostogoli pe podea, de a imita diferite animale etc. Terapeutul trebuie să poată juca mai multe roluri în același timp și să aibă capacitatea de a fi simultan actor, regizor, scenarist, coregraf.

Dramatizarea îmbogățește comunicarea terapeutică și poate servi la antrenarea copilului în tratament. În acest caz, importantă nu este transmiterea mesajului verbal, cât mai ales a stimulilor nonverbali (fizici, kinestezici, vizuali, tactili, olfactivi și uneori gustativi). *„Astfel, expunerea multisenzorială sporește semnificativ șansele ca terapeutul să fie auzit și ajută ca mesajul să fie recepționat."* (Schattner, Courtney, 1981, p. 211).

În dramele creative, copiii pot dezvolta o conștiință totală de sine-corp (prin mișcări corporale și expresie facială, simțuri, imaginație, intelect). Ei joacă părți din ei înșiși și pe măsură ce joacă devin mai conștienți de ei înșiși, mai implicați, mai reali. Activitatea jocului dramatic servește de asemenea să transmită ideile și fanteziile ascunse. În dramaterapia de tip gestaltist sunt prezente exercițiile de conștientizare senzorială, pantomima și, la un nivel mai înalt, improvizațiile dramatice în care intervine și limbajul verbal.

Se consideră că pantomima simplelor imagini senzoriale, utilizând expresiile vocale și mișcările corpului în afara cuvintelor, intensifică conștientizarea senzorială. La un nivel mai complex pantomima poate implica exprimarea acțiunii și interacțiunii prin intermediul mișcării corporale, comunicarea sentimentelor și dispozițiilor, dezvoltarea personajelor, jucarea unei povești, totul în afara cuvintelor.

Copiii care au participat deja la mai multe experiențe pantomimice vor adăuga cu ușurință limbajul verbal în jocul dramatic.

Terapeutul poate observa cum își utilizează copilul corpul, observă rigiditatea sau ușurința mișcărilor. Vede astfel în mod clar încurcăturile copilului, ariile în care dezvoltarea sa a rămas în urmă, nevoile sale.

Sunt importante, în aceeași măsură, atât procesul jocului dramatic, organizarea și desfășurarea sa, cât și conținutul ce reiese din joc.

La terminarea unor exerciții dramatice creative îl putem întreba pe copil despre ceea ce s-a întâmplat, ce a fost pentru el, ce simte el acum etc.

Violet Oaklander gândește însă că experiența în sine determină schimbarea, nu discuția. *„Copilul experimentează diferite situații de joc, conștientizează diferite părți din el, într-un mod ce poate fi dificil să-l exprime în cuvinte."* (op. cit., p. 40).

Jocul de rol direct și inversarea rolurilor sunt tehnici dramatice ce pot fi utilizate în terapia copilului. În prima situație copilul se joacă pe sine (își joacă propriul rol) față de o altă persoană care joacă un alt rol.

În a doua situație, eroul dramei joacă rolul celui care i se opune în viața reală. Astfel se produce rapid și eficient conștientizarea, copilul se vede pe sine cu ochii altora și învață să se pună în situația altuia.

În gestaltterapie este prezentă *tehnica scaunului gol*. Ea a fost creată de **Fritz Perls** ca un mijloc de provocare a unei conștientizări importante și aduce mai multă claritate în munca terapeutică. Se lucrează atât asupra situațiilor

prezente, cât şi a celor neterminate din trecut şi a celor proiectate pentru viitor, toate fiind aduse „aici şi acum".

Pe scaunul gol pot fi puse diferite persoane din viaţa copilului, „părţi" din personalitatea sa sau simboluri ale altcuiva. Tehnica scaunului gol este un ajutor în clarificarea unei sciziuni şi polarităţi din personalitate, o clarificare care este esenţială în procesul de centrare. Perls a creat jocul *„câinele de sus"* şi *„câinele de jos"*, utilizabil şi în terapia copilului, în care pacientul joacă pe rând cele două „părţi" ale Eului aflate în opoziţie, prezentând şi argumentând punctele lor de vedere.

Tehnica poate merge mai departe, pacientul proiectând în poziţiile 3, 4, 5 alte părţi ale Eului său. Astfel, aflat în poziţia 3, el îşi comunică impresia pe care i-a făcut-o dialogul dintre poziţiile 1 şi 2, ce gândeşte şi simte despre situaţiile create.

Cu cât înaintează în poziţiile 4, 5 şi chiar 6, pacientul exprimă remarci şi impresii ce sporesc în conştientizare şi obiectivitate.

Acest exerciţiu al metapoziţiilor nu numai că determină un echilibru interior mai bun, ci pune în valoare capacitatea imaginativă şi oferă conştientizarea faptului că se poate aborda o problemă din multiple poziţii, efectul imediat fiind activarea resurselor interioare.

În sistemul terapeutic al lui Perls se pune un accent important şi pe **analiza viselor**: *„diferitele părţi ale visului nu sunt altceva decât părţi ale personalităţii noastre".*

În general, visele servesc o varietate de funcţii pentru copii. Ele pot fi expresia anxietăţii – lucruri care-i nelinişesc. Ele pot exprima sentimente pe care copilul se simte incapabil să le exprime în viaţa reală. Ele pot descrie dorinţe, trebuinţe, fantezii, întrebări şi curiozităţi, atitudini.

În **gestaltterapie** scopul este de a-l ajuta pe copil să înveţe despre el şi despre viaţa sa prin intermediul viselor sale.

Copilul poate juca diferite „părţi" din vis, poate angajeza un dialog sau poate descrie cadrul visului. Terapeutul trebuie să fie atent la respiraţia, postura, expresia facială, gesturile şi inflexiunile vocii copilului. Însă el nu analizează şi nu interpretează visul. Numai copilul singur poate deveni conştient de ceea ce visul încearcă să-i comunice.

Modalităţile artterapeutice pot fi combinate cu cele dramaterapeutice în cadrul demersului terapeutic.

Eleanor C. Irwin şi Judith A. Rubin prezintă în cartea „Drama în Therapy" (1981, p. 197) un experiment în care au introdus un număr de combinaţii de tehnici artterapeutice pentru a-i ajuta pe copii să-şi pună în valoare fantezia. Astfel, copiii trebuiau să creeze o poveste pornind de la un desen, după care să pună în scenă povestea. Altădată li s-a cerut copiilor să realizeze o lucrare artistică pornind de la o dramatizare.

În cadrul experimentului, un timp arta a fost folosită în interesul dramei și drama în interesul artei, în timp ce amândouă, arta și drama, au fost folosite în serviciul copilului, lărgindu-i aria mijloacelor de autoexprimare.

Concluzia la care au ajuns autorii a fost că „este artificial să se facă distincții, să se creeze bariere între cele două modalități terapeutice. Mai degrabă pare natural și corect să permitem copiilor să-și urmeze propriile impulsuri pentru exprimarea de sine într-o varietate de moduri. Liberi, utilizând ambele modalități terapeutice, copiii se angajează într-un joc simbolic și fantezist de o intensă naturalețe, care le este de ajutor în exteriorizarea și lucrul cu propriile dificultăți." (op. cit., 1981, p. 206)

11. Tehnici de mișcare și de dans

Dacă copiii devin deconectați de la corpurile lor, ei își pierd simțul de sine și nu au acces la o mare parte din senzațiile fizice și la emoțiile lor. De aceea, este nevoie să utilizăm în terapie metode pentru a-i ajuta pe copii să-și cunoască corpul, să se simtă confortabil cu el, să se folosească de el într-un mod natural.

În terapie, mișcările corporale servesc unor scopuri variate: eliberarea de energie și tensiune, deblocarea emoțională, dezvoltarea sensibilității către sine și către alții, creșterea conștientizării corporale, dezvoltarea spontaneității.

Copiii cu insecuritate, anxioși, au blocaje la nivel corporal și o respirație superficială. În cazul lor exercițiile de mișcare se îmbină cu cele respiratorii, prin care sunt învățați să respire profund, amplu.

Copiii hiperactivi nu au un sentiment de control al corpului lor. De aceea, exercițiile de mișcare corporală sunt foarte importante pentru ei.

Exemple de exerciții de mișcare:

1. Folosindu-ne de diferite tipuri de muzică, îi cerem copilului să își miște mai întâi fiecare parte a corpului și apoi corpul în ansamblu, să realizeze un dans al lui, care să-l reprezinte.

2. Îi sugerăm copilului să realizeze diferite tipuri de mers: să-și imagineze că merge pe gheață, pe nisip fierbinte, pe nisipuri mișcătoare, prin ploaie, pe iarba plină de rouă etc.

3. Copilul poate imita diferite animale: se mișcă ca ele, încearcă să se simtă ca ele.

4. Uneori putem să-i cerem copilului să exagereze o anumită mișcare sau gest și îl întrebăm ce mișcare particulară îi amintește sau ce-l face aceasta să simtă. Astfel, poate asocia respectivei mișcări situații din viața sa.

5. Știut fiind faptul că fiecare emoție are un contrapunct fizic (oricând suntem înspăimântați, furioși sau bucuroși, mușchii noștri reacționează într-un anume fel), sunt utile exercițiile prin care îi cerem copilului să exprime corporal diferite emoții.

Se poate utiliza următoarea metodă (V. Oaklander, 1978, p. 233):

„I se cere copilului să inventeze o poveste în care, de exemplu, i se întâmplă ceva unui copil şi acesta devine apoi foarte mânios. Îi sugerăm să fie el acest copil din poveste, să se mişte prin cameră pentru a-şi exprima sentimentul de mânie şi să realizeze un dans al mâniei."

Jocul statuilor poate fi utilizat cu succes într-un grup de copii, astfel:

a) un copil „îngheaţă" într-o statuie, iar un altul ghiceşte ce vrea să exprime statuia.

b) copiii se mişcă pe muzică şi, când muzica se opreşte, „îngheaţă" într-o statuie şi spun apoi ce emoţie exprimă prin statuile lor.

- **Gestalt–terapia şi terapia unificării la copii**

Integrarea polarităţilor prin metaforă şi mişcare corporală

Un copil este foarte îngrijorat de distorsiunile din el, cât şi de distorsiunile celorlalţi (adulţi) pe care-i cunoaşte. Orice copil este derutat atunci când simte ură, răutate faţă de persoana pe care, de fapt, o iubeşte. El este uimit atunci când o persoană pe care o considera curajoasă, puternică şi protectoare se simte în anumite contexte situaţionale slabă şi neajutorată.

De asemenea, copilul începe să-şi pună întrebări, începe să aibă probleme în a-şi accepta anumite părţi ale Sinelui, pe care nu le place sau pe care părinţii şi uneori profesorii le critică. Orice admonestare, orice mustrare „sapă" un dezechilibru, o disonanţă internă în personalitatea copilului, încă fragilă şi nestructurată, faţă de care copilul nu are mecanisme de contracarare sau de neutralizare; pur şi simplu nu ştie cum să reacţioneze, cum să-i facă faţă.

De exemplu, dacă părinţii îl acuză de hedonism, în momentul în care preferă să se joace în loc să-i ajute la alte activităţi (gospodăreşti, de pildă) copilul se va întreba dacă nu cumva este egoist şi leneş. El va încerca să „fugă" de aceste părţi, lărgind prăpastia dintre Sub-Eu-rile polare. Acesta este „drumul" către alienarea de sine.

O dezvoltare dinamică şi sănătoasă a vieţii presupune o integrare, o reconciliere, o unificare, o sinteză a părţilor opuse, pozitive şi negative, ale unei persoane.

În gestaltterapia copilului este bine ca şi copilul să înţeleagă rolul şi caracterul inerent al polarităţilor în personalitate. Părţile opuse pot fi reliefate în sentimentele pe care copiii le cunosc: dragoste-ură, tristeţe-bucurie etc.

Există multe tehnici care se centrează pe aceste polarităţi. Amintim aici doar câteva dintre tehnicile bazate pe arte vizuale, deoarece ele au fost descrise mai sus.

Desenul

I se cere copilului să deseneze anumite obiecte care produc bucurie şi altele care produc tristeţe sau să deseneze starea sa atunci când este relaxat şi apoi atunci când se simte încordat, tensionat. Copiilor mai mari li se poate sugera să schiţeze Eul, Sinele atunci când se simt slabi sau când se simt puternici.

Modelajul şi colajul din elemente naturale (frunze, pietre, seminţe etc.)

Copilul poate modela din plastilină sau din lut starea sa aşa cum o vede el din interior, iar apoi aşa cum crede că apare în faţa celorlalţi; aceasta este o modalitate adecvată pentru a descoperi discrepanţa dintre cele două imagini, cea a Sinelui interior şi cea a Sinelui exterior. Colajul din elemente naturale este o tehnică specifică terapiei unificării – improvizaţia creatoare de renaturalizare a spaţiului identitar şi a relaţiilor cu antecesorii, elaborată de Iolanda Mitrofan (op. cit., 2000, 2004) şi dezvoltată ulterior sub numele de artgenogramă (idem, op. cit., 2006). Tehnica a dezvoltat analiza de simbol pornind de la cele 4 elemente fundamentale – Apă, Aer, Foc, Pământ şi relevanţa lor proiectivă în desen şi modelaj pentru relaţiile cu părinţii şi temele identitare neintegrate. Contribuţii în acest sens, privind experimentarea şi extinderea metodei unificării la copii aduce şi Marina Badea în cap. III, p. 57 din lucrarea sub coord. Iolandei Mitrofan „Cursa cu obstacole a dezvoltării umane", Editura Polirom, 2003.

Tema „stil şcoală"

Copilul, mai ales dacă este elev, poate realiza o reprezentare a părţilor sale oponente. În tehnicile derivate din **psihosinteză (psihoterapie creată de R. Assagioli)** se găsesc multe posibilităţi de a ajuta clientul să-şi identifice părţi variate ale Sinelui, părţi numite subpersonalităţi. Ele pot fi uşor adaptabile la lucrul cu copiii.

Un astfel de exerciţiu implică repetarea întrebării „Cine sunt?" şi notarea fiecărui răspuns aşa cum apare el. De exemplu, „Sunt un muncitor convins şi conştiincios", „Sunt leneş", „Mi-e teamă de înălţime", „Sunt un bun înotător".

Examinarea acestor răspunsuri furnizează informaţii despre anumite părţi ale unei persoane şi reprezintă un punct de pornire spre explorarea Sinelui.

Un alt exerciţiu este desenarea unei plăcinte, care ulterior să fie împărţită în mai multe segmente; în fiecare segment fiind apoi trecut un cuvânt care reprezintă o parte a Sinelui. Demersul poate continua cu un dialog dintre copil şi fiecare parte a sa, pentru a clarifica cerinţele, conflictele etc.

Metafora unificatoare

Rolul psihoterapeutic al metaforelor este cunoscut din cele mai vechi timpuri, utilitatea lor fiind incontestabilă, chiar dacă mecanismele profunde şi

complexe de acțiune a metaforei nu sunt bine elucidate. Metafora este una din căile de imersie în inconștient, de destructurare și restructurare profundă a personalității, de deblocare și activare a resurselor interioare (Iolanda Mitrofan, 1997).

Formele sub care se utilizează metaforele în psihoterapie sunt: afirmațiile cu caracter metaforic făcute de pacient, povestirile cu caracter metaforic, producțiile imaginative, metaforice și acțiunile sau ritualurile metaforice.

De asemenea, metafora poate fi un mijloc de comunicare între terapeut și clientul său, cu atât mai mult dacă acesta este copil; și aceasta deoarece metafora este un veritabil liant, prin ea terapeutul și clientul se conectează afectiv, cu efect direct asupra implicării clientului în procesul terapeutic.

În lucrul cu copiii cel mai des se utilizează ritualurile metaforice, care rezultă dintr-o îmbinare a tehnicii jocului de rol cu realizarea de povești și povestiri metaforice, fie de către terapeut, fie de către copil (această ultimă situație fiind cea mai benefică). Copilul este stimulat și încurajat să intre în rolurile personajelor imaginate de sine, care nu sunt altceva decât părți ale personalității sale, de multe ori polare, care necesită conciliere și integrare.

Deoarece copiii sunt mai sugestibili decât adulții, este bine ca, în stare de hipnoză, să se adopte tehnica povestirilor terapeutice metaforice, care îi va ajuta să-și recunoască problema și să găsească modalități rezolutive pentru ea.

În cazul copiilor, cea mai profitabilă este, deci, combinarea, într-o manieră creativă, a acestei tehnici valoroase cu alte tehnici psihoterapeutice. Totuși, având în vedere caracteristicile gândirii copilului (magică, animistă, predominant metaforică), este bine ca în terapie accentul să cadă pe metaforă.

Mișcarea corporală și blocajele

Mișcarea este considerată a fi unul din simțurile noastre. Pentru Lise Liepmann mișcarea sau percepția kinestezică reprezintă o senzație de atingere internalizată, este ceea ce simțim atunci când mușchii, tendoanele și articulațiile funcționează.

În general, modul în care stăm sau în care ne mișcăm, felul în care ne folosim corpul și îl îmbunătățim sunt subiecte importante atât pentru adult, cât și pentru copil, atât în psihoterapie, cât și dincolo de aceasta.

În ceea ce-l privește pe copil, este evident că își folosește în totalitate corpul. Putem urmări cât de atent își examinează copilul mâinile și degetele și, mai târziu, alte acte produse de corpul său: ciupitul, aruncarea, scăparea, rotirea, rostogolirea. Atunci când copilul va dobândi o capacitate mai bună de a-și controla mișcările fine, va apuca lucrurile cu degetul mare și cu cel arătător.

Copilul pare să dispună de o energie nelimitată şi de posibilităţi motrice multiple, de aceea execută toate activităţile corporale cu mai multă preocupare şi cu mai viu interes. Copiii sunt dintr-un anumit punct de vedere mai perseverenţi decât adulţii. Dacă apar probleme, nu renunţă, vor încerca repetat până, în cele din urmă, vor avea succes.

Este posibil ca, la un moment dat, în copilărie să se întâmple ceva care să blocheze acest proces. Poate fi o boală sau intervenţia părinţilor sau plânsul copilului frustrat în timp ce părintele nu ştie ce să facă.

Se pot întâmpla multe lucruri care să restricţioneze corpul unei persoane. Atunci când copilul intră la şcoală se dezvoltă spiritul competitiv, iar copilul se abţine să mai facă ceea ce alţii se aşteaptă ca el să facă. De exemplu, se va abţine să mai plângă şi-şi va contracta muşchii într-un anumit fel, îşi va strânge umerii sau îşi va lăsa capul în jos pentru a se apăra de atacuri, de cuvinte sau pentru a-şi ascunde manifestările corpului.

Deconectarea de corpul lui îl va face pe copil să piardă sensul Sinelui, ca şi puterea lui fizică şi morală (v. A. Lowen, „The Language of the Body", 1971).

De aceea aceşti copii trebuie ajutaţi să-şi redobândească corpul, să-l cunoască, să se simtă bine cu el, să înveţe să-l folosească.

Respiraţia este un aspect foarte important al conştientizării corpului. Teama, frica, emoţia determină o respiraţie superficială. Spre deosebire de aceasta, respiraţia adâncă are efecte pozitive asupra părţilor corpului. Acest lucru se poate explica prin relaţia existentă între oxigen – anxietate – stare de excitare: cu cât o persoană este mai excitată, cu atât are mai multă nevoie de oxigen. Respiraţia adâncă împrăştie anxietatea şi face loc sentimentelor plăcute.

De asemenea, jocul este foarte important, pentru că modul de manifestare corporală din timpul jocului developează aspecte ale personalităţii.

Fiecare emoţie se asociază cu o mişcare corporală. Astfel se explică relaţia dintre afectivitate şi motricitate. De multe ori ne abţinem în a ne manifesta natural, iar dacă această „ţinere în chingi" se repetă, în timp vor apărea tulburări emoţionale.

Copiii învaţă funcţionarea muşchilor lor în momentul în care sunt puşi să-şi exprime emoţiile. De asemenea, aceasta este o cale pentru a descoperi alte modalităţi de a se exterioriza, dar şi de a învăţa să-şi nuanţeze exprimările emoţionale.

Există multe modalităţi prin care un copil poate fi convins să-şi exprime trăirile emoţionale. Un exemplu este realizarea unei povestioare în care unui copil i se întâmplă ceva rău, care-l enervează foarte tare, după care i se spune copilului: „Fii acel copil! Arată-mi cum eşti tu supărat! Inventează un dans nervos, supărat!".

Conştientizarea, înţelegerea şi acceptarea părţilor Sinelui permit o întărire a Sinelui şi o mai mare autodeterminare.

• Specificul relației terapeutice în psihoterapia copilului

Din punct de vedere al activității predominante și specifice, vârsta copilăriei este vârsta jocului, cu tot ceea ce are ea caracteristic. Faptul că un antepreșcolar preferă să se joace mai mult cu adultul, că un preșcolar mic caută copii de vârsta sa, îmbogățindu-și jocul cu obiecte a căror întrebuințare este o continuă surpriză, indiferent dacă este joc individual, în diadă sau în grup, dincolo de caracteristica sa (jocuri cu roluri sau cu jucării sofisticate, jocuri cu reguli sau în care „regula" este spontaneitatea), jocul este pentru copil **sursa și resursa energetică**.

Jucându-se, copilul află cine este el, cine sunt ceilalți, învață să diferențieze în interiorul său, să se experimenteze pe sine, să exploreze, să decanteze experiențele și să le unifice prin găsirea unor puncte comune. Prin joc copilul se construiește pe sine.

Jocul este „oglinda" vieții interioare, psihice a copilului. Așa cum în unele terapii accentul cade pe verbalizare, ca activitate transformatoare, tot așa în terapia copilului jocul este mijloc de imersie în lumea lui, este modalitatea de delimitare a cadrului comun, a relației terapeut-client (copil), dar mai ales este forța restructurării și programării în sens evolutiv.

În orice om există un copil, copilul care a fost efectiv, care a trăit și care continuă să ne îmbogățească în viața adultă. În psihologia vârstelor se vorbește despre „adultizarea copilului" ca fiind o tendință cu conotații negative. Poate ar trebui să vorbim și despre „infantilizarea adultului", de această dată cu conotații pozitive: tendința de a coborî în noi înșine și a păși către copilul din noi, așa cum este el, cu nevoi, cu temeri, dar și cu dorințe, cu resurse, cu naturalețe.

Maturizarea nu înseamnă asfixierea copilului din noi, nici ascunderea lui, nici fuga de el. Maturizarea începe prin a stabili un contact sănătos și real cu copilul din noi. Ea implică dezbrăcarea pentru un timp a veșmântului prea scorțos, uneori, al adultului și mișcarea liberă în veșmântul lejer și degajat al copilului. Întoarcerea spre copilul din noi, contactul cu el pentru pacifizare și reunificare, dar și revenirea la noi înșine este un proces la care majoritatea renunță, fiecare din alte motive: de la lipsa de timp până la lipsa de interes față de propria persoană și personalitate (v. Iolanda Mitrofan, „Terapia unificării", 2000).

Pentru a intra în contact cu un copil trebuie să-i oferi o oglindă a sa, să lași copilul din tine să se împrietenească cu el, pentru că, după cum știm, doi copii interacționează mult mai sincer, mai deschis și mai natural, chiar dacă s-au cunoscut în urmă cu două secunde. Trebuie să-ți lași copilul să se comporte liber, așa cum își dorește el, așa cum de la el ar trebui să luăm exemplu. Aceasta este singura modalitate de a intra și de a te menține în cadrul copilului, în lumea sa.

Rămânând în același spațiu metaforic al „oglinzii" și al „oglindirii", putem spune că terapeutul îi oferă clientului său o oglindă, asistându-l în demersul său de autoexplorare, premisă a transformării. În cazul în care clientul este un copil,

oglinda terapeutului, ca adult, este inadecvată, ca dimensiuni, ca strălucire, este altceva. Clientul așteaptă să se vadă într-o oglindă potrivită cu sine, iar **pentru clientul-copil „oglinda" este copilul-terapeut.**

Copilul are **cadrul său**, lumea sa, universul său, în care el a investit și care este valoros pentru el. Schimbarea în terapia copilului trebuie inițiată și pregătită din interiorul cadrului copilului. Acesta este primul pas.

Odată ce ai pătruns în lumea lui trebuie să fii la fel ca el. Spiritul deschis și sincer al copilului posedă un „simț olfactiv" care îl ajută să-și dea seama dacă vrei să-i impui sau să-l evaluezi, dacă ești sincer sau dacă simulezi. Și poate acest lucru chiar mai repede decât un adult. Nu numai că va ști, dar va reacționa în consecință, pentru că sinceritatea este o caracteristică a vârstelor mici. Orice atitudine lipsită de autenticitate atrage după sine o expulzare imediată, uneori iremediabilă, din lumea lui.

Logica lui, cognitivă sau sentimentală, este una foarte specială, pentru că este foarte vie, colorată, neobișnuită, fascinantă. Cadrul copilului trebuie nu numai acceptat, dar mai ales valorizat, pentru că în el se află „sâmburele" responsivității terapeutice și al eficienței terapiei.

Contactul dintre copilul din noi și cadrul copilului din fața noastră devine pilonul principal al procesului terapeutic, pentru că metoda și tehnicile terapeutice se sprijină pe canalul energetic stabilit între client și terapeut și fără de care metoda și tehnica sunt inerte.

Intrarea în lumea lui înseamnă a-i prelua „elemente" din inflexiunile vocii, din expresivitatea corporală și mimică, din spiritul ludic, din trăirea emoțională. Acestea sunt în strânsă conexiune cu cele mai profunde resurse ale personalității, dar și cu conflictele sale. Odată preluate, acestea vor fi convertite în energie tranformatoare ce-i va fi transmisă înapoi copilului pentru a-și construi propria sa reconversie. **Contactul real, adânc și firesc cu copilul este cel care dă forță tehnicii terapeutice.**

Când lucrezi cu copiii, dintr-o dată totul este posibil, te afli într-un vulcan metaforic care poate erupe oricând. Dar lava lui este foarte prețioasă, pentru că te ghidează în demersul terapeutic. Spiritul ludic al copilului și al terapeutului leagă, unifică, într-o dublă direcție: terapeutul cu copilul, dar mai ales copilul cu sine însuși.

ÎNTREBĂRI ŞI TEME

1. Care sunt etapele terapeutice şi conţinutul lor în procesul psihoterapeutic centrat pe copil?

2. Care sunt principalele modalităţi creativ-expresive în lucrul terapeutic cu copilul?

3. Revedeţi valenţele terapeutice ale desenului, la copii. Încercaţi să lucraţi cu câţiva copii folosind tehnicile de desen în scop de explorare, evaluare şi încercare de suport terapeutic, dacă este cazul.

4. Inventaţi un joc dramaterapeutic pornind de la o poveste şi experimentaţi tehnica cu un grup de copii (preşcolari sau şcolari mici). Notaţi-vă şi evaluaţi-vă experienţa din perspectiva Copilului Interior.

CAPITOLUL X

Consilierea şi psihoterapia copilului în situaţii familiale de risc

Ioana Stancu

În acest capitol vom descrie câteva aspecte practice ale activităţii de **consiliere psihologică centrată pe copil, în mediul şcolar (apud Ioana Stancu**, 2005, p. 153-166), constând în analiza efectivă a intervenţiei de consiliere pentru trei tipuri de situaţii, care pot crea dificultăţi consilierului prin gravitatea lor. Şi în acest domeniu al asistării copilului terapiile de familie se extind, întrepătrund şi adesea interferă sau se confundă cu intervenţiile de consiliere şcolară.

Pentru **practica psihoterapiei copilului pe terenul clinicii**, indicăm studenţilor interesaţi lecturarea cărţii **„Cursa cu obsacole a dezvoltării umane", coord. Iolanda Mitrofan, Editura Polirom, 2003.**

- ### Consilierea copiilor cu părinţi divorţaţi

În cazul divorţului părinţilor, chiar dacă nu toţi copiii sunt grav afectaţi, mulţi au dificultăţi sociale şi emoţionale. Copiii care au suport material, care au suferit puţine schimbări de mediu, cu o imagine pozitivă de sine, ai căror părinţi au abilităţi de comunicare bune se adaptează mai bine divorţului părinţilor. Ceilalţi sunt profund afectaţi.

Între 6-8 ani, copiii nu fac distincţia clară între ce simt ei şi ce simt părinţii lor. Prin urmare, vor reacţiona la divorţ prin tristeţe şi sentimente de abandon. Ei sunt înspăimântaţi de incertitudinea situaţiei, devin extrem de anxioşi, au coşmaruri. Evident, activitatea şcolară are de suferit în aceste condiţii. Ei se pot simţi neiubiţi de tatăl sau mama absentă şi pot fi foarte furioşi, deoarece se simt rejectaţi.

Aceşti copii se pot simţi divizaţi între loialitatea faţă de cei doi părinţi, aşa că ei vor încerca să facă o alegere pentru a diminua conflictul interior. Însă a alege înseamnă a respinge pe unul dintre părinţi, deci sentimente de culpă. Uneori, în ideea diminuării tensiunii interioare, copiii pot dezvolta planuri şi fantezii de reunire a familiei.

Ei pot să aibă probleme de concentrare a atenţiei, pot izbucni în plâns la orice provocare. La şcoală pot să pună la grea încercare rezistenţa

profesorilor. Pot deveni furioşi la cel mai mic incident şi au tendinţa să provoace profesorii şi consilierul şcolar. Simţul abandonului poate afecta serios încrederea şi eficienţa şcolară.

Copiii între 8-12 ani pot separa nevoile lor de nevoile părinţilor lor. Oricum însă, pot simţi pierdere, rejecţie, frică, singurătate, ruşine că părinţii lor se despart. La această vârstă copiii pot simţi simptome psihosomatice (dureri de cap, de stomac). Dacă la 6-8 ani sentimentul predominant era tristeţea, acum se întâlneşte de obicei furia. Ei învinovăţesc frecvent pe unul dintre părinţi şi îşi descarcă furia asupra acestuia.

La şcoală au dificultăţi de concentrare a atenţiei şi o slabă implicare în sarcinile şcolare. Ocazional, se pot implica exagerat în activităţile şcolare, ca mecanism de fugă faţă de situaţia familială. Pot intra în conflicte cu colegii şi profesorii.

Adolescenţii pot răspunde la divorţul părinţilor prin utilizarea de alcool, droguri ilegale, delincvenţă, promiscuitate.

Când lucrează cu aceşti copii/ adolescenţi/ tineri cu părinţi divorţaţi, consilierul şcolar este necesar să aibă următoarele **obiective**:

- acceptarea de către aceştia că divorţul s-a întâmplat şi că părinţii lor nu mai sunt căsătoriţi;
- ieşirea din conflictul cu părinţii şi centrarea pe aspectele vieţii lor;
- rezolvarea furiei şi a sentimentelor de învinovăţire;
- acceptarea faptului că divorţul este un aranjament permanent şi că părinţii lor nu se vor mai împăca;
- iniţierea de noi relaţii (evitarea izolării sociale).

Deşi, de obicei, se utilizează consilierea individuală pentru astfel de situaţii, totuşi şi cea de grup poate fi foarte benefică. Consilierea de grup de natură experienţială poate avea rezultate foarte bune. În grup se va pune accentul pe înţelegerea şi exprimarea sentimentelor legate de divorţ, pe dobândirea abilităţilor de a face faţă schimbărilor din viaţa lor, pe îmbunătăţirea imaginii de sine şi a atitudinii faţă de părinţi. De asemenea, grupul, pe lângă faptul că oferă posibilitatea experimentării faptului că nu eşti singurul care trece printr-o astfel de situaţie, este şi un important suport afectiv pentru membrii săi.

Consilierul şcolar poate lucra atât cu părinţii, cât şi cu profesorii, urmărind găsirea celor mai bune modalităţi de comportare în relaţie cu copiii/ adolescenţii/ tinerii.

• Consilierea copiilor cu unul sau ambii părinţi alcoolici

În societatea românească, abuzul de alcool, dar şi dependenţa de alcool (alcoolismul) sunt relativ frecvente, mai ales în mediile cu venituri materiale

scăzute. Un alcoolic nu își pune în pericol numai sănătatea sa fizică și psihică, dar și pe a celor din jur. Cei care suferă cel mai mult sunt copiii.

Alcoolismul părinților își pune amprenta astfel asupra copiilor: ei sunt anxioși, confuzi și cu sentimente de insecuritate foarte intense (pentru că nu există predictibilitate și siguranță în mediul lor de viață), nu au încredere în sine și în alții, pot fi ostili și agresivi atât cu colegii, dar și cu persoanele cu autoritate. Pot dezvolta sentimente de vinovăție pentru că nu au prevenit ceea ce se întâmplă în famillile lor. Se simt neiubiți și, de obicei, ajung să creadă că nu merită să fie iubiți. Fizic, pot fi neîngrijiți și pot avea semne. Uneori revolta lor împotriva a ceea ce se întâmplă acasă poate lua forma comportamentului delincvent, a consumului de alcool sau droguri ilegale.

În familiile alcoolicilor există 3 reguli clare: să nu vorbești, să nu ai încredere, să nu simți. Când stabilește obiectivele intervenției, consilierul trebuie să aibă în minte chiar contracararea acestor reguli aberante și nesănătoase de comportament. Acești copii trebuie învățați să se exprime, să intre în contact cu propriile emoții și să le exteriorizeze, să aibă încredere în ceilalți, să învețe să ia decizii. În același timp, trebuie informați despre efectele alcoolismului.

Ca și în situația celor cu părinți divorțați, cei cu părinți alcoolici pot beneficia de consilierea de grup. Aici pot fi utilizate jocuri de rol pentru experimentarea situațiilor cu care se confruntă, tehnicile RET de verificare a veridicității unor convingeri defectuoase, tehnicile gestalt pentru a lua contact cu emoțiile și nevoile personale, tehnici de relaxare (scad anxietatea), tehnici de dezvoltare a asertivității și de îmbunătățire a imaginii de sine.

Este foarte important ca acești copii/ adolescenți/ tineri să fie îndrumați spre grupuri de suport (gen Alcoolicii Anonimi).

- **Consilierea copiilor cu deficit de atenție**

În momentul de față nu se știe exact care sunt cauzele deficitului de atenție. Se pare oricum că această tulburare are și un fundament organic.

Cei cu sindromul de hiperactivitate (deficit de atenție) se manifestă prin distractibilitate, impulsivitate, agitație motorie și verbală, toleranță scăzută la frustrare și rutină, deficit de control, deficit în a respecta reguli, norme, sentimentele și drepturile celorlalți. Ei pot fi agresivi, dominatori și cu labilitate emoțională. Nu au încredere în ei, iar din punct de vedere al activității psihice prezintă deficit de atenție, incapacitate de concentrare, memorie deficitară. Din punct de vedere fizic, pot avea infecții ale urechilor, ale căilor respiratorii, alergii și probleme cu somnul.

Având în vedere descrierea de mai sus, este ușor să înțelegem că acești copii pot avea mari probleme școlare (ei nu pot realiza sarcinile școlare și nu se pot integra în sistemul de norme discipinare pe care le presupune școala). Ei sunt

frecvent aceia de care cadrele didactice se plâng încontinuu, pentru că ei creează probleme fără întrerupere.

Intervenția pentru aceștia este frecvent medicamentoasă (consilierul nu are dreptul de a prescrie medicamente, dar el îi poate orienta către medic, urmând apoi să urmărească efectele medicamentelor). Psihologic, abordarea este frecvent comportamentală, urmărindu-se relaxarea și creștere autocontrolului, precum și dezvoltarea unor abilități: de comunicare, de rezolvare a conflictelor, de control a mâniei.

Consilierul are responsabilitatea de a lucra și cu părinții, astfel încât aceștia să nu dezvolte o atitudine negativă față de școală și să nu devină supraprotectori (reducându-le responsabilitatea copiilor).

- **Consilierea la distanță**

În ultimii ani, consilierea la distanță, adică prin intermediul tehnicilor moderne de realizare a comunicării (telefon, internet) și-a câștigat un loc bine definit în sfera consilierii.

Probabil că și la noi în țară această formă de consiliere va fi din ce în ce mai folosită. În contextul consilierii școlare, consilierea prin telefon va câștig probabil în detrimentul celorlalte modalități de consiliere la distanță, căci costurile acesteia sunt mai scăzute decât ale celeilalte.

Consilierea prin telefon este un serviciu prin care un consilier specializat lucrează cu un client sau grup de clienți, prin telefon, pentru a-i/le permite clientului/clienților să-și exploreze starea, problemele sau crizele personale într-o singură sesiune sau într-o relație terapeutică pe termen lung sau continuu. Clientul solicitant demarează procesul de consiliere sunând la telefon. Intensitatea sau profunzimea sesiunii de consiliere este determinată de tipul problemei vizate, dar și de gradul în care clientul permite aprofundarea acesteia. Oricum, sesiunea de consiliere nu trebuie să dureze mai mult decât ar fi fost în situația face-to-face.

Consilierea prin telefon are avantajul că poate fi folosită chiar de către persoanele timide, precum și de cele care se limitează să trăiască doar în casa lor, de cele care locuiesc la distanță, precum și de cele care, din diverse motive, nu vor să vină la cabinet.

Consilierea la distanță înlătură inhibițiile inerente cererii ajutorului și mai are avantajul că poate fi încheiată brusc, atunci când clientul simte că nu mai dorește continuarea ședinței.

Consilierea prin telefon are însă și dezavantaje:

- „medierea" comunicării prin mecanisme tehnice, deci impersonale;
- reducerea elementelor de feed-back pe parcursul comunicării, imposibilitatea de a observa clientul și conduita lui generală

(comunicarea nonverbală, contact vizual, postură, mimică, gestică, stil vestimentar);

- registrul de elemente paraverbale (ton, ritm, modulaţia vocii, accentul etc.) poate fi îngustat de elementele tehnice neperformante;
- dificultatea de a asigura deplina confidenţialitate a comunicării cu clientul, din cauza posibilelor interceptări de către o terţă persoană.

Consilierea la distanţă nu este fundamental diferită de cea obişnuită, am putea spune doar că este, în anumite privinţe, mult, mult mai limitată. Un consilier la distanţă are nevoie de aceleaşi abilităţi generale de consiliere şi, în plus de acestea, de unele specifice. Pentru consilierea prin telefon este necesar un bun control al vocii, o voce plăcută şi expresivă, iar pentru cea prin internet este nevoie de bune abilităţi de comunicare scrisă.

În linii mari, intervenţia de consiliere la distanţă urmează cam aceiaşi paşi ai procesului obişnuit de consiliere:

- stabilirea contactului;
- stabilirea scopului solicitantului consilierii;
- clarificarea problemei;
- analiza eventualelor posibilităţi de rezolvare a problemei;
- încheierea şedinţei şi programarea următoarei şedinţe.

Probabil că, de multe ori, consilierea la distanţă este de fapt o consultanţă, în sensul că solicitantul are nevoie de informaţii de la un specialist. Uneori însă, se poate vorbi de o intervenţie în criză şi, pentru aceste situaţii, consilierul are nevoie de o bună capacitate de suport emoţional.

Consilierea la distanţă poate fi o alternativă de consiliere pentru situaţiile urgente, pentru problemele care nu necesită un procedeu de analiză laborios, pentru clienţii care nu au timp să se deplaseze la cabinet şi pentru cei foarte timizi.

• Elemente de deontologie a consilierii psihologice şi şcolare

Acestea sugerează cadrul necesar pentru luarea unor decizii etice, dar nu întotdeauna oferă soluţii clare. Câteodată consilierul se poate confrunta cu dileme etice. În aceste situaţii el ia o decizie ţinând cont atât de cadrul etic, dar şi de situaţia specifică. Uneori este utilă consultarea cu alţi specialişti.

Până de curând, în România nu exista o legislaţie care să reglementeze deciziile etice ale consilierilor psihologici şi şcolari. Această lipsă a fost suplinită de către consilieri prin consultarea altor coduri etice, specifice altor ţări. De folos sunt şi au fost standardele etice ale SUA (Ethical Standards, ACA) care reglementează relaţia consilier-client, din punct de vedere etic.

1. Confidenţialitatea. Este secţiunea codului etic care stipulează că orice client al consilierii trebuie să beneficieze de confidenţialitate. Chiar în

cazul copiior minori, este important ca acest aspect să se respecte. Între dreptul copiilor la confidențialitatea informațiilor și dreptul părinților de a ști ce se întâmplă în ședința de consiliere, primul are câștig de cauză. La începutul consilierii cu un copil, consilierul trebuie să-i spună acestuia că nu va dezvălui nicio informație din ședința de consiliere, fără acordul lui. Consilierul poate furniza părinților, profesorilor doar informații generale despre sentimentele, atitudinile copilului, fără a intra în detalii.

Singurele excepții de la regula confidențialității sunt:

- când clientul cere el însuși consilierului să dezvăluie anumite informații;
- când sunt probleme legale;
- când clientul reprezintă un pericol pentru sine sau o altă persoană.

Excepțiile de la regula confidențialității trebuie împărtășite clientului încă din prima ședință de consiliere.

Consilierul școlar se poate confrunta cu cereri frecvente de dezvăluire a informațiilor, atât din partea părinților, cât și a profesorilor. Pentru a preîntâmpina acest lucru, el poate organiza diverse întâlniri cu aceștia, în care să le explice standardele codului etic.

2. Responsabilitatea, ca secțiune a codului etic, are mai multe subdiviziuni:

a. Responsabilitatea față de clienți.

Consilierul are responsabilitatea de a informa părinții copiilor dacă aceștia reprezintă un pericol pentru ei sau pentru alte persoane, dar înainte trebuie să spună copilului despre această decizie.

Dacă realizează testări psihologice, consilierul are responsabilitatea de a furniza rezultatele testelor beneficiarilor acestora.

Consilierul are responsabilitatea de a informa clienții, încă din prima ședință, despre regulile, procedurile și scopurile consilierii, într-un limbaj cât mai accesibil acestora.

Consilierul are responsabilitatea de a nu impune propriile valori, planuri, decizii sau credințe clienților lui.

Consilierul are responsabilitatea de a nu intra în relații de consiliere cu persoanele cu care are deja o relație: membri ai familiei, prieteni apropiați etc.

Consilierul trebuie să fie conștient de propriile vulnerabilități și de potențialul acestora de a interfera cu obiectivitatea procesului de consiliere și să nu lucreze cu persoanele care au probleme cu impact asupra propriilor vulnerabilități (de aceea este necesară analiza personală, dar și supervizarea cazurilor).

Consilierul trebuie să-și cunoască abilitățile și să nu lucreze cu probleme ale clienților care ar necesita abilități pe care nu le are.

Consilierul școlar trebuie să ia în considerare nevoile educative, vocaționale, personale și sociale ale elevilor și studenților.

b. Responsabilitatea faţă de părinţi (mai ales pentru consilierul şcolar).

Consilierul şcolar trebuie să stabilească relaţii de cooperare cu părinţii elevilor, să le respecte drepturile şi responsabilităţile acestora.

Este necesar ca rolul lui să şi-l facă cunoscut părinţilor elevilor, dar şi să realizeze un echilibru între confidenţialitatea faţă de copii şi dreptul legal al părinţilor de a cunoaşte informaţii despre copiii lor. De asemenea, în relaţia cu părinţii funcţionează aceeaşi regulă a confidenţialităţii.

Consilierul are responsabilitatea de a oferi asistenţă şi informaţii de specialitate familiilor în dificultate.

c. Responsabilitatea faţă de colegi sau faţă de Asociaţiile Profesionale.

Este necesară realizarea unor relaţii de cooperare cu colegii, cu scopul îndeplinirii funcţiilor consilierii, şi anume ajutorul oferit clienţilor.

d. Responsabilitatea faţă de şcoală şi comunitate (mai ales pentru consilierul şcolar).

Aceasta se manifestă prin furnizarea informaţiilor despre activităţile cu potenţial periculos (consum de droguri, vandalism, agresivitate), fără însă a leza confidenţialitatea clienţilor.

Consilierul are responsabilitatea de a face astfel încât procesul educaţional să se îmbunătăţească constant şi să corespundă nevoilor elevilor din şcoala respectivă.

e. Responsabilitatea faţă de sine.

Constă în cunoaşterea abilităţilor şi limitelor şi în implicarea profesională ţinând cont de acestea.

f. Responsabilitatea faţă de profesie.

Se manifestă prin păstrarea unui contact regulat cu colegii, prin participarea la supervizări, la manifestări ştiinţifice ale organizaţiilor profesionale. De asemenea, trebuie respectate standardele etice.

Prezentăm în continuare o scurtă sinteză a Codului Etic al Asociaţiei Britanice de Consiliere. Principiile acestuia sunt:

- *Valorile.* Valorile consilierului trebuie să fie integritatea, imparţialitatea şi respectul faţă de client.
- *Practică nediscriminatorie a clienţilor.*
- *Confidenţialitate.* Orice limită a confidenţialităţii trebuie să fie explicată clienţilor.
- *Competenţă.* Consilierii trebuie să aibă competenţa necesară pentru realizarea activităţii de consiliere.
- *Supervizarea.* În munca de consiliere este recomandată o supervizare regulată (mai ales pentru consilierii începători), supervizarea fiind concentrată în primul rând pe binele clienţilor, iar apoi pe binele consilierilor.

ÎNTREBĂRI ŞI TEME DE LUCRU

1. Care sunt obiectivele şi specificul consilierii copiilor cu părinţi divorţaţi?
2. Care sunt obiectivele şi specificul consilierii copiilor cu unul sau ambii părinţi alcoolici?
3. Care sunt cele mai semnificative aspecte ale consilierii copiilor cu deficit de atenţie?
4. Care sunt particularităţile consilierii la distanţă?

TEMĂ: Iniţiaţi un proiect de ajutorare a copiilor cu situaţii familiale de impas existenţial. Alegeţi o cazuistică–ţintă şi implicaţi-vă în asistarea unor copii în dificultate (ex. consilierea copiilor cu părinţi divorţaţi, consilierea copiilor cu părinţi plecaţi în străinătate, la muncă; consilierea copiilor cu un părinte alcoolic sau cu o boală cronică severă etc.).

Constituiţi împreună cu câţiva colegi un grup de suport pentru consilierea copiilor în dificultate familială. Apoi întreprindeţi un proiect de cercetare şi asistare a unei categorii de copii care au nevoie de consiliere. Întâlniţi-vă săptămânal cu supervizorul pe care îl alegeţi să vă îndrume şi lucraţi împreună la acest proiect aplicativ. Ţineţi un jurnal profesional în care consemnaţi experienţa voastră de începători în munca de consiliere. Autoanalizaţi-vă reacţiile, atitudinile, gândurile, comportamentele, imaginea de sine şi impactul pe care îl aveţi asupra celor asistaţi. Înregistraţi-vă progresele şi blocajele, dificultăţile, precum şi rezistenţele clienţilor. Observaţi şi conştientizaţi cum faceţi faţă în toată această dinamică a „creşterii împreună". Discutaţi cu supervizorul (conducătorul de seminar/ atelier de lucru), precum şi cu ceilalţi membrii ai echipei de lucru transferurile, contratransferurile şi paşii practici ai demersului de consiliere, individualizat, în funcţie de caz şi de dinamica grupului pe care îl asistaţi.

Succes!

CAPITOLUL XI

Experienţa pierderii şi a durerii la copii. Repere în consiliere şi psihoterapie

- **Pierderi aşteptate versus pierderi neaşteptate**

În lucrarea noastră „Psihologia pierderii şi terapia durerii" (**Iolanda Mitrofan, Doru Buzducea,** Editura SPER, 2002, p. 135-160), definim pierderile aşteptate ca fiind acele pierderi conştientizate şi pentru care te poţi pregăti în avans. Pierderile neaşteptate sunt rezultatul întâmplării, al evenimentelor care nu pot fi anticipate.

Vom încerca să luăm în discuţie toate **aspectele pierderii şi durerii aplicate la copilărie, recunoscând natura unică a acestei suferinţe**.

Cu siguranţă că profunzimea experienţelor durerii diferă de la un caz la altul. Încă de la naştere copilul experimentează schimbări cauzate de separare şi pierdere a unui anumit model de dezvoltare. După naştere urmează şi alte asemenea modificări, în funcţie de stadiile de dezvoltare. Probabil că cele mai pregnante schimbări se produc la pubertate (Lendrum şi Syme, 1992), schimbări esenţiale trecerii spre maturitate, o sursă a stresului pentru mulţi copii. Copiii au nevoie de sprijin din partea adulţilor, faţă de care manifestă un puternic ataşament şi care îi pot ajuta să rezolve sentimentele de pierdere implicate în asemenea situaţii. Atunci când se instalează un oarecare confort, acesta va reprezenta un fundament pentru ca ei să poată face faţă viitorului.

Multe pierderi nu sunt recunoscute şi nici apreciate la adevărata lor valoare. Schneider (1994) arăta că jelirea şi tristeţea pot afecta dezvoltarea normală, alterând aşteptările individului şi percepţia sa asupra lumii sau, dimpotrivă, pot mări oportunitatea pentru creşterea şi rezolvarea altor experienţe.

Studiile lui Bowlby (1971, 1973) arată că în primele şase luni de viaţă copiii dezvoltă un ataşament special faţă de persoanele care îi îngrijesc. De asemenea, experimentează reacţii dureroase speciale, mai ales dacă are loc **separarea lor de obiectul ataşamentului**. Copiii sunt capabili să rezolve pierderile dacă au o relaţie de securitate rezonabilă cu proprii părinţi înainte de apariţia pierderii, dacă primesc informaţii prompte şi clare despre pierdere, dacă li se permite să participe la durerea familiei.

Pierderea copilului diferă de pierderea adultului în multe modalităţi. Din punctul de vedere al dezvoltării personalităţii, copiii sunt mai puţin pregătiţi să se confrunte cu pierderea. Experienţa şi deprinderile lor

cognitive sunt limitate, iar abilitatea lor de a da un anumit sens experiențelor este redusă. De asemenea, au un control redus asupra circumstanțelor în raport cu adulții, depind de ceilalți, sunt primii care recunosc faptul că se află în suferință, anticipă și cer îndeplinirea nevoilor. Uneori, suferința lor poate fi minimalizată și considerată inexistentă de către adulți. În cazurile în care durerea nu este înțeleasă, durerea experimentată de către copil nu este interiorizată și asumată, el încercând să nege procesul de jelire care l-ar face și mai capabil să rezolve durerea.

Apar evenimente care au inevitabil rezultate dureroase și care au nevoie să fie înțelese și depășite. Schimbarea școlii, mutarea într-o altă casă, apariția unor probleme serioase, cum ar fi hospitalism sau moartea unui prieten drag – sunt numai câteva exemple de pierderi experimentate de către copii în timpul vieții. Chiar și nașterea unui nou frățior poate fi resimțită ca o pierdere a poziției de copil unic și a avantajelor care decurg din aceasta. **Factorul comun în toate aceste situații este dat de teama de a pierde atașamentul și dragostea părintească.** Fiecare copil a suferit un anumit tip de pierdere în timpul copilăriei sau chiar, în anumite cazuri, pierderi multiple (divorț, decesul bunicii, schimbarea școlii). Pierderea mediului familial stabil înseamnă și o mulțime de alte pierderi, ca: nevoia de a schimba casa sau școala, pierderea contactului cu alți membri ai familiei și chiar pierderea animalelor preferate. Toți copiii, inclusiv cei care nu arată semne evidente de durere, au nevoie de suport și de îngrijire din partea adulților în validarea sentimentelor și încorporarea pierderilor în rândul experiențelor de viață. Acolo unde există violență sau abuz, efectele asupra copilului necesită intervenția imediată a unui specialist.

Nu toate pierderile sunt cauzate de separație. Copiii pot experimenta un întreg nivel al pierderii interioare, precum pierderea identității, confidenței sau stimei de sine. Este vital pentru un copil ca aceste pierderi să fie recunoscute sau să fie luate în serios. În timpul adolescenței, majoritatea se confruntă cu stres specific cauzat de modificările corporale, ale relațiilor, ale imaginii de sine, ale identității sexuale și ale așteptărilor parentale. Nu este surprinzător că acești factori, combinați cu creșterea independenței și a retragerii graduale de sub influența parentală, îl pot pune pe adolescent în situația de a fi copleșit de sentimentele de pierdere și insecuritate. Adolescenții experimentează puternic aceste sentimente, se tem de pierderea controlului asupra propriilor emoții și, deseori, maschează reacțiile prin diverse strategii: activitate sexuală crescută, relații conflictuale cu cei din jur etc. (Dyregrov, 1991).

În multe situații pierderile pot fi anticipate. Ca o parte a procesului de dezvoltare stadială, copiii se pregătesc pentru viitor. Pregătirea copiilor pentru pierderi înseamnă capacitatea de a spune „la revedere" și dezvoltarea unor strategii de a le face față. Atunci când copilul este prea mic pentru a anticipa pierderea, munca de dezvăluire poate fi făcută de către adulții din jurul

acestuia. Copiii pot fi introduşi în problematica pierderilor prin discuţii şi chiar folosind cărţi sau alte surse. Experienţe ca începerea şcolii, naşterea unui frăţior, moartea unui bunic necesită o pregătire specială.

Pierderile neaşteptate sunt mult mai dificil de rezolvat pentru copii. Deseori sunt asociate cu evenimente traumatice şi chiar adulţii consideră dificil a le face faţă. În cazul morţii neaşteptate, Dyregrov (1991) atrage atenţia în ceea ce priveşte distincţia care trebuie făcută între efectele cauzate de natura traumatică a morţii şi reacţiile dureroase. Wolfelt (1992) descrie câteva mituri comune referitoare la durere: durerea unui copil este de scurtă durată, experienţa durerii şi jelirii poate fi predictibilă, scopul ajutorului acordat copiilor este depăşirea durerii şi jelirii. Autorul menţionează faptul că fiecare copil răspunde la durere într-o modalitate personală. Nu există o cale unică pentru jelire şi nicio formulă unică de parcurgere a procesului dureros.

Există totuşi **reacţii comune experimentate de majoritatea copiilor aflaţi în suferinţă. Reacţiile imediate** includ: *şoc, negare, protest, apatie.* Pierderii iniţiale îi răspund de regulă prin negare, crezând că prin această modalitate pot ţine durerea la distanţă. Fixarea acestei atitudini poate produce neplăceri îngrijitorilor şi este recunoscută ca fiind un mecanism de apărare incapabil să ajute copilul să-şi rezolve propria durere. Există şi copii care răspund la pierdere printr-o disperare imediată şi care nu poate fi eliminată atât timp cât obiectul durerii reapare (Dyregrov, 1991).

Pe lângă aceste pattern-uri comune, gama manifestărilor include o mare **varietate de reacţii**: ***anxietate, tristeţe, vinovăţie, ruşine, dezorganizare, tulburări de somn şi simptome fizice*** (Wells, 1988). Unele reacţii nu apar în mod clar şi de aceea pot fi interpretate în mod greşit sau incomplet înţelese de către aparţinători şi îngrijitori. Chiar şi în cazurile în care este evidentă pierderea suferită de către un copil, cu greu se poate admite ideea că un anume tip de comportament al acestuia este consecinţa durerii.

Fiecare copil experimentează în mod **unic** o varietate de gânduri, sentimente şi comportamente. În funcţie de aceasta se nasc şi anumite **nevoi**:

- de reasigurare, acolo unde situaţia o face posibilă;
- de răspunsuri oneste la întrebările legate de pierdere;
- de recunoaştere a problemei şi asigurare că a fost luat în serios;
- de suport emoţional pentru eliminarea disconfortului (anxietate, frustrare, îndoieli, vinovăţie, disperare, singurătate, insecuritate);
- de a fi ajutat să-şi exprime jalea într-o modalitate apropiată sufletului său;
- de a participa la ceremoniile familiale, în cazul în care pierderea include întreaga familie;
- de a fi ajutat să plângă;
- de a fi ajutat să depăşească în timp aceste pierderi şi să recapete bucuria de trăi.

- **Fazele durerii şi reacţiile comportamentale caracteristice la copii**

Fiecare experienţă dureroasă este unică. Fiecare proces dureros prin care trece copilul include **trei faze**:

- durerea de început;
- durerea acută;
- durerea subsidiară.

Fazele urmează una după alta şi includ, la rândul lor, mai multe componente.

La fel ca adulţii, copiii trec prin aceste faze la fiecare pierdere suferită, oricât de minoră ar putea fi aceasta.

Pentru că expresia durerii fizice şi a celei sufleteşti în cazul copiilor diferă de cea a adulţilor, este important ca cei care lucrează în munca de consiliere cu aceştia să recunoască reacţiile lor comportamentale, pentru a găsi cea mai bună modalitate de răspuns. S-a constatat că acei copii care primesc sprijin din exterior trec mai uşor şi mai sănătos prin pierdere şi chiar mai productiv pentru varietatea sentimentelor exprimate.

Faza durerii de început

În cazul durerii de început (timpurii) cele mai comune reacţii includ:

- negarea (disocierea, hiperactivitatea, iritabilitatea, protestul);
- alarma;
- panica.

Toate aceste reacţii pot determina stres şi iritabilitate.

Conştient sau inconştient, negarea este un mecanism care ajută la prevenţie, evitare şi reducere a anxietăţii. Ajută la suprimarea acelor emoţii care ne fac să ne simţim vulnerabili, la conservarea energiei necesare următoarelor faze.

În această fază nu este un lucru neobişnuit ca pentru câteva momente pierderea să fie pur şi simplu uitată. Un efect al pierderii îl reprezintă **disocierea.** Mulţi copii par a se mişca prin viaţă pur şi simplu ca nişte roboţi, zâmbind şi răspunzând unor iluzii. Ei spun că se simt ca şi cum n-ar fi în contact cu ei înşişi. Această experienţă de disociere poate dura de la câteva ore până la câteva luni. Este posibil ca în această perioadă copilul să arate foarte puţin interes pentru tot ceea ce este în jurul său, să pară rupt de realitate, suspendat în timp şi spaţiu, să evite conversaţiile şi orice contact interpersonal, să se retragă din activităţile sociale.

Regresia este o altă caracteristică ce poate însoţi durerea. Regresia poate include, de asemenea, manifestări mai speciale: lovituri, muşcături, murdărirea hainelor, creşterea activităţii orale (îşi sug degetele sau părul, muşcă hainele, creioanele).

Unii copii pot exprima faptul că au nevoie de mai multă securizare devenind mai posesivi decât de obicei sau chiar furând. Regresia copiilor îi determină adesea pe adulți să fie îngrijorați, temându-se de faptul că modificările circumstanțiale în sfera comportamentului s-ar putea permanentiza. Pe cât de iritabil ar putea fi răspunsul de acest gen al copilului, nu este, de obicei, o alegere conștientă a acestuia. Stresurile majore, cum ar fi moartea unui părinte sau divorțul părinților, pot determina comportamente regresive care pot dura câteva luni de zile, apărând în mod recurent și cu potențial de repetare chiar și la intervale de câțiva ani, când ceva reînvie experiența pierderii. Odată ce copiilor li se permite să-și exprime supărările și să facă unele reajustări necesare, ei revin de obicei la nivelul de echilibru anterior. **Regresia poate fi o parte a procesului de vindecare după pierdere, pentru marea majoritate a copiilor**. Deși nu trebuie să fie duri cu copilul, totuși părinții trebuie să își impună deciziile cu fermitate. Adulții care se tem că prin comportamentul regresiv copilul poate deveni penibil în preajma altor copii, pot cere acestuia să restrângă comportamentele respective la mediul privat al casei. După o perioadă rezonabilă de timp, vor putea cere copilului să își reajusteze comportamentele la cele potrivite cu vârsta, concentrându-se pe câte o activitate care să ajute copilul să își asume încet actele și responsabilitățile anterioare.

Este important să se stabilească expectații și perioade de timp corecte. Se poate apela la **terapia prin joc** de scurtă durată, dându-i astfel copilului posibilitatea să se comporte în virtutea regresiei comportamentale pe care o manifestă. În același timp, adultului i se oferă posibilitatea să găsească modalități de comunicare mai ușoare cu copilul, astfel încât problemele legate de pierdere să fie discutate, fără ca adultul să fie implicat într-o situație stresantă.

Copiii cu un părinte absent pot nega realitățile circumstanțiale care au generat pierderea și refuză să creadă că părintele nu mai este disponibil pentru ei. Ei se pot bucura de amintirile pe care le au cu părintele respectiv, pot privi poze, scrisori, într-un mod obsesiv uneori. Pot merge până într-acolo încât sunt capabili de orice compromis, numai să-și vadă părintele sau să îl sune la telefon.

Pot învinui în mod furios pe cel care îi îngrijește sau pe alții pentru absența părintelui pierdut. Atunci când adultul care îngrijește copilul se simte la un moment dat sub nivelul adultului dinaintea sa, poate avea parte de reacții extrem de neplăcute din partea copilului, care pot fi depășite cu mare dificultate. Cu toate acestea, deși comportamentul copilului poate determina resentimente sau gelozie din partea adultului implicat, este totuși un semn din partea copilului că poate dezvolta sentimente puternice de atașament, că acceptă să fie îngrijit de cineva și că poate răspunde cu aceeași dragoste.

Distragerea, devierea și hiperactivitatea sunt alte reacții comportamentale la pierdere. După o pierdere, mulți oameni, de toate vârstele, pentru a evita să se gândească la ceea ce s-a întâmplat, pot deveni foarte, foarte activi.

Copiilor începe să le displacă să se joace singuri și, ca atare, cer compania altei persoane sau privesc în mod constant la TV, pentru a-și distrage atenția de la ceea ce s-a întâmplat. Sau își pot concentra toată energia în activități școlare, sport, cluburi sau hobby-uri, lucruri care le oferă deopotrivă o activitate care îi ține ocupați și îi face să se simtă competenți. Unii încep să fie preocupați de problemele celorlalți. Adolescenții folosesc adesea căștile casetofonului sau telefonul pentru a umple timpul liber și pentru a-și bloca reacțiile interioare. Unii pot începe să recurgă la alcool sau la droguri, pentru că acestea îi ajută să uite de problemele cauzate de pierderile suferite.

Atunci când se așteaptă de la ei să fie tăcuți sau concentrați, unii copii pot să asculte sau să danseze rock, să se masturbeze sau să cânte și să își vorbească sieși. În cele mai multe cazuri, aceasta se întâmplă în timpul nopții, dar se poate întâmpla și la școală. Oriunde ar apărea, asemenea comportamente sunt extrem de jenante sau enervante, mai ales atunci când îi împiedică pe ceilalți să se odihnească sau să studieze. Din nefericire, mult prea frecvent atât profesorii, cei care supraveghează copilul, cât și pediatrii pot decide că aceia care trec prin asemenea faze au nevoie de îngrijire medicală, fără a realiza că este vorba de o fază normală a exprimării durerii. Este indicat un control neurologic, acești specialiști fiind mai în măsură să diferențieze între o stare de agitație datorată durerii, care cere timp și suport, și deficiențele de concentrare a atenției sau tulburările hiperactive care trebuie tratate dintr-o perspectivă pur medicală.

O altă consecință a pierderii o reprezintă **reacția față de alarmă și panică.** Este firesc pentru oricine să simtă frică față de perspectiva pierderii celor pe care îi iubește. Adulții se pot întreba dacă viața mai merită trăită, dar cei mai mulți au învățat că își pot continua viața și după pierderea cuiva de care au depins cândva. Copiii, pe de altă parte, au avut prea puține experiențe de acest gen sau chiar le-au lipsit în totalitate. Depinzând de alții, care au grijă de ei, ei sunt mult mai vulnerabili, pentru că, fără această grijă, ei pot muri cu adevărat. Pentru că pierderea cuiva iubit este asimilată unui risc fizic, copilul reacționează ca și în cazul unei amenințări la propria viață. Aceasta poate determina **manifestări somatice** specifice: creșterea pulsului, tensiune musculară, uscarea gurii etc. Aceste reacții psihologice normale îi pot face să se simtă anxioși, cuprinși de panică (ce poate dura uneori până la câteva ore) și sleiți de puteri pentru a merge mai departe.

Unii psihologi sunt de părere că insomnia ce apare după o pierdere majoră este legată pur și simplu de resimțirea pericolului în care se găsesc *(„Nu pot să dorm pentru că nu sunt sigur că inima mea va mai bate după ce mă trezesc").* Copiii trebuie reasigurați de faptul că propria moarte este ceva mult prea îndepărtat și că temerile prelungite de această natură nu se pot justifica. În cazul în care copilul este încă foarte anxios, atunci se poate face o examinare medicală, pentru a liniști copilul că totul este în ordine și nimic rău nu i se poate întâmpla.

Faptul că poate lua cu el la culcare o jucărie sau un animal de care este

foarte ataşat îl poate face să se simtă mai puţin vulnerabil. De exemplu, studiile arată că privitul peştilor într-un acvariu produce relaxare şi scăderea tensiunii musculare, ba chiar şi reducerea presiunii sângelui. Împărtăşirea unor gânduri, prezenţa unor gesturi prieteneşti îl vor face pe copil să se simtă acceptat şi îngrijit, mai mult, îi va demonstra faptul că cineva îşi asumă responsabilitatea pentru viaţa lui, nu numai pentru nevoi şi sentimente.

Anxietatea de separare apare adesea în momentele în care îngrijitorul dispare pentru o perioadă scurtă de timp sau atunci când părinţii hotărăsc să se separe. Acest tip de anxietate poate fi trăit în mod intens, mergând până la coşmaruri. Reacţiile de separare la copiii mici pot îmbrăca forma regresiei sau a depresiei atunci când sunt separaţi de proprii părinţi (îngrijitori), reacţii ce pot persista o perioadă mai îndelungată după ce copilul şi aparţinătorul se reunesc, din cauza temerii copilului că îngrijitorul poate pleca sau ar putea dispărea din nou.

Dacă îngrijitorul copilului se îmbolnăveşte, copilul se teme că acesta se va separa şi că ar putea decide să nu se mai întoarcă la el (Linn, 1990, p. 25). Părintele nu poate părăsi camera fără a auzi un frenetic strigăt: *„Unde eşti, mamă?"*, iar atunci când merge la toaletă aude imediat copilul vorbind sau ciocănind la uşă. Copiii stau şi ascultă la conversaţiile adulţilor care se axează pe pierdere şi separare. Răspunsul nonverbal al copilului la întoarcerea mamei de la spital (după o cură) este de ignorare în prima zi şi, mai apoi, un zâmbet în ziua următoare, când îi pregăteşte micul dejun. Anxietatea de separare se manifestă şi atunci când copiii dorm departe de îngrijitori sau când aceştia sunt departe de ei. În familiile în care unul dintre copii a decedat, ceilalţi fraţi pot să nu mai vrea să meargă la şcoală, iar ataşamentul faţă de un părinte decedat poate crea dificultăţi şcolare de proporţii.

Atunci când părinţii se hotărăsc să petreacă un sfârşit de săptămână fără copii, lăsându-i la bunici, este indicat să se lase acestora un număr de telefon la care pot suna şi vorbi cu ei în orice moment.

Anxietatea de separare se produce şi atunci când are loc tranziţia de la un îngrijitor la altul. Nu de puţine ori mamele se culpabilizează atunci când trebuie să meargă la serviciu, iar copilul rămâne bocind în urmă. Ce poate fi făcut în asemenea cazuri? Copilul trebuie reasigurat în mod absolut că mama se va întoarce după câteva ore. Din când în când, se poate apela şi la telefon, pentru a vorbi personal cu copilul. Pot fi încurajaţi să vorbească despre rutina zilei şi este extrem de important ca din tonul vocii mamei să reiasă faptul că nimic rău nu s-a întâmplat cu ea. În cazul în care unul dintre părinţi pleacă de acasă pentru câteva zile, copilului i se poate da un calendar în care să bifeze fiecare zi până ce părintele se va întoarce.

Faza secundară a procesului de jelire – durerea acută

Această etapă include câteva componente:

- dor şi căutare;
- tristeţe, teamă, anxietate vinovăţie şi ruşine;
- experienţa dezorganizării şi disperării;
- în final, începerea procesului de reorganizator.

Fiecare fază ajută copilul să depăşească pierderea prin acceptarea a ceea ce s-a întâmplat şi prin începerea procesului de refacere şi reaşezare sufletească. Uneori copiii prezintă o mixtură a acestor sentimente, nefiind ceva neobişnuit ca la un moment dat să predomine o stare, ca mai apoi un alt sentiment să devină predominant. Unii copii se pot simţi copleşiţi de anxietate sau tristeţe, în timp ce alţii de teamă şi culpabilizare. Chiar dacă aceste sentimente sunt prezente sub formă de mixtură sau în mod succesiv, în procesul de vindecare trebuie urmărite şi tratate fiecare în parte.

Cercetările indică faptul că sentimentele de ambivalenţă şi conflictele interioare contradictorii legate de persoana pierdută complică procesul durerii, extinzând perioada de timp necesară refacerii. Copiii trebuie să ştie că sentimentele şi reacţiile lor sunt comune şi normale în situaţiile de durere, că reîntoarcerea la creativitate implică durere şi că nu există cale de a scurta toate acestea, întreg procesul trebuind să fie parcurs. Este onest să cunoască faptul că plânsul este o parte a acestui proces şi că trebuie să înţeleagă şi să găsească o modalitate de a-i permite să se producă. Este foarte important pentru copil să simtă că se află în centrul preocupărilor adultului şi că experienţa sa are valoare în ochii acestuia. Mesaje de genul *„Sentimentele tale sunt importante pentru mine şi-mi voi face timp să le ascult"* trebuie date cât mai des cu putinţă.

Faza durerii subsidiare. Refacere şi reaşezare

Cel mai important moment este acela al începerii procesului de refacere şi vindecare. După o vreme în care au experimentat toate sentimentele şi trăirile normale în asemenea momente, copiii se hotărăsc să revină la o viaţă care să le asigure creşterea şi dezvoltarea personală. Începe parcurgerea drumului bunăstării fizice şi psihice. Aceasta înseamnă abandonarea trecutului şi trăirea în prezent şi viitor. Pe acest drum există multe obstacole, greutăţi, popasuri, reîntoarceri, dar lucrurile vor evolua într-un sens pozitiv. Are loc integrarea celor întâmplate în sfera a tot ceea ce este bun în viaţa celui care a suferit pierderea.

Majoritatea copiilor care au suferit pierderi mai păstrează în primele şase luni după pierdere dispoziţia de doliu şi durere. Încă se mai păstrează sentimentele de anxietate, furie, plânset lăuntric, iar capacitatea de concentrare şi organizare este încă şubredă. Pentru cei mai mulţi copii ajutorul trebuie să sosească înainte ca ei să integreze în mod pozitiv pierderea. Aceşti copii pot rămâne furioşi sau depresivi şi chiar striviţi sub ruinele propriilor pierderi. Sunt

fără puterea necesară refacerii şi reaşezării pe noi fundamente. Unora le lipseşte abilitatea de a se implica în relaţii cu ceilalţi şi chiar devin preocupaţi de probleme de sănătate care implică durere fizică. Se pot teme exagerat de mult de singurătate. Pentru copiii aflaţi în suferinţă, nimic în afară de eradicarea pierderii nu va aduce confortul adevărat, iar efortul care nu se încununează cu acest rezultat este privit ca nefolositor şi chiar poate provoca furie şi teamă.

Pierderea conţine şi o parte traumatizantă pentru copil, aşa că orice intervenţie din partea profesioniştilor trebuie să ţină cont de acest aspect extrem de important. Nu este uşor pentru copil să străbată drumul refacerii şi restructurării după pierdere. Toate tipurile de pierdere cer o perioadă de timp, necesară pentru liniştirea apelor, sau chiar un timp mult mai îndelungat pentru despăgubirile rezultate de pe urma procesului dureros. Este de preferat consultarea unui specialist în pierdere şi separare, întrucât chiar acei profesionişti care lucrează de mult timp cu copiii se simt depăşiţi şi neajutoraţi în faţa pierderilor traumatice pe care le suportă copiii. Acest tip de intervenţie necesită o pregătire şi o practică în domeniul pierderilor, durerii, suferinţei, speranţei şi morţii. Un profesionist fără o asemenea practică se poate simţi confuz, neştiutor, depăşit şi chiar poate înrăutăţi starea sufletească a copilului aflat în situaţii dureroase.

Semnele care sugerează aceste situaţii pot fi: deteriorarea relaţiilor dintre copil şi aparţinător, prezenţa mult mai multor boli sau dureri la copil decât existau în mod obişnuit, activităţile copilului trădează intenţia şi efortul depus pentru a scăpa de anxietate, stres, durere, se simte jenat şi nu vrea să vorbească despre pierdere, evită asemenea subiecte, discuţii superficiale şi indiferente despre durere şi pierdere, episoade serioase de agresivitate îndreptate împotriva îngrijitorilor, părinţilor, rudelor şi prietenilor, afişarea unor atitudini apatice şi a indiferenţei faţă de moarte. Copiii învaţă unii de la alţii cum să parcurgă experienţele dureroase şi cum să facă faţă dezamăgirilor rezultate de pe urma pierderilor.

• Consilierea copiilor cu pierderi semnificative şi a familiilor acestora

Există şi copii care au suferit pierderi importante, al căror impact a copleşit toate sferele vieţii, n-au mai fost niciodată experimentate şi nici nu au mai văzut la alţii situaţii de asemenea magnitudine. Se izolează şi consideră că nimeni nu a mai trecut prin asemenea situaţii. Există tendinţa de a încerca să îndure în linişte asemenea sentimente (E. Linn, 1990, p. 36) sau de a se elibera de ele într-o asemenea manieră încât îngrijitorii să nu observe cele întâmplate. Acesta este unul din argumentele constituirii **grupurilor de suport şi al implicării consilierii ca formă necesară de intervenţie.**

Copiii trebuie asiguraţi de faptul că nu sunt singuri şi că ceea ce simt ei este absolut normal în asemenea situaţii. Cei care vor lucra cu copiii aflaţi în suferinţă pot găsi o sursă importantă şi bogată de informaţii la aparţinătorii acestora. O modalitate corectă de lucru este aceea de a-i include în planul de acţiune şi pe aceştia. Întâlnirile de început pot fi făcute în mod separat cu copilul, îngrijitorii şi alţi membri ai familiei şi, la cel puţin câteva şedinţe, este indicată prezenţa a cel puţin unuia dintre persoanele care se ocupă de copil.

Interacţiunile dintre copil şi consilier ajută îngrijitorul sau substitutul parental să înţeleagă mai bine natura problemelor cu care se confruntă copilul. Aceştia pot înţelege mai bine gândurile, sentimentele şi frământările copiilor şi pot pune întrebări într-o modalitate terapeutică. Descoperirile făcute alături de consilier pot mări ataşamentul îngrijitorului faţă de copil. O asemenea participare dezvoltă un sentiment al respectului mutual, înţelegere şi iertare pentru neînţelegerile şi tensiunile trecute care au alterat relaţia lor. Ar fi mai util pentru consilier ca, înainte de a-şi începe propria muncă cu copilul aflat în suferinţă, să stabilească o întâlnire prealabilă cu îngrijitorul acestuia (părinte, tutore etc.), cu acea persoană care l-a ajutat până în prezent cel mai mult, pentru a afla ce s-a făcut până în prezent, cum a încercat acesta să rezolve problemele copilului, maniera de abordare a situaţiilor ivite. Rezultatele acestei întâlniri vor sta mai apoi la baza discuţiilor dintre consilier şi copil.

Spre exemplu, se poate chiar începe discuţia sugerând în mod indirect anumite aspecte din cele discutate cu îngrijitorul: *„M-am întâlnit cu tatăl tău săptămâna trecută şi mi-a spus că este destul de supărat din cauza mai multor probleme. Ai putea ghici câteva din aceste probleme?"*. Consilierul poate observa care dintre aceste informaţii nu-i fac plăcere copilului sau pe care nu le poate împărtăşi şi altora. Copilul trebuie asigurat de faptul că se va întoarce acasă după fiecare întâlnire: *„Lasă-mă să ghicesc ce anume se va întâmpla cu tine după fiecare întâlnire. Fiecare dintre noi doi se va întoarce acasă. Asta cred eu că se va întâmpla cu tine după fiecare întâlnire de-a noastră. Totdeauna te vei întoarce acasă."*

Este important ca, după prima întâlnire a consilierului cu cei aflaţi în suferinţă, să se explice în mod foarte clar faptul că nevoile personale, sentimentele şi gândurile acestora vor fi tratate cu respect şi atenţie pe măsură. Dacă se observă o anume apăsare sau anumite inhibiţii la copil, consilierul are responsabilitatea de a determina cauza acestora. R.A. Moody şi C.P. Moody (1991) constată faptul că majoritatea îngrijitorilor decid ca orice intervenţie să înceapă cu ei şi doar după aceea cu copilul. De cele mai multe ori asemenea atitudini complică şi chiar măresc disconfortul copilului. Pe de altă parte, atât îngrijitorii, cât şi asistenţii sociali regretă faptul că nu pot face mai multe pentru copil, în special dacă se simt parţial responsabili pentru pierderile acestuia. Copiii au nevoie de sprijin şi să-şi valideze sentimentele cauzate de pierdere, prin raportarea la adult.

Există situații în care sunt încurajați, în detrimentul lor, să se comporte ca și cum nimic nu s-ar fi întâmplat. Copiii sunt dispuși să își asume experiențele dificile și chiar să își dezvăluie emoțiile, dacă și adulții importanți din jurul lor procedează la fel. Unii copii întâmpină dificultăți în dezvăluirea propriilor sentimente, dat fiind faptul că încercările lor anterioare au fost întâmpinate de reacții și răspunsuri negative din partea adulților. Alți copii învață strategii și modalități de a evita asemenea subiecte, folosind aceleași expresii pentru descrierea sentimentelor, cu scopul de a mulțumi interesul profesional al adultului. Atunci când se intervine la nivel familial, trebuie identificate și respectate regulile familiei respective. Trebuie cunoscute modalitățile de exprimare a emoțiilor în familia respectivă, forma de comunicare, obiceiurile etc.

Se poate stabili atenția pe care și-o acordă unul altuia, dacă vorbesc sau nu deschis despre ceea ce simt, ce se întâmplă când unul este în dificultate etc. Este important să se încurajeze familia să rezolve într-un mod autentic problemele apărute. Atunci când copilul sau familia se află în criză sau prezintă dificultăți serioase, se va stabili cât mai curând posibil o relație respectabilă, deschisă, onestă și de încredere cu aceștia. În cazul copiilor se vor folosi diverse tehnici specifice (povești, desen, modelaj, jocuri, dramatizarea conflictelor interioare etc.), care să stârnească interesul acestora pentru conversații pe anumite teme (D. Schaefer; Iolanda Mitrofan și Elena Otilia Vladislav, 1997). Majoritatea copiilor nu simt faptul că sunt examinați sau testați prin asemenea modalități comune pentru ei, iar părinții trebuie asigurați de claritatea și utilitatea acestora în stabilirea problemelor, a diagnosticului dacă este cazul.

Nu este profesionist și nici uman să considerăm că acei copii care refuză să vorbească despre ceea ce s-a întâmplat și ceea ce ei simt nu sunt afectați de pierdere și nici să considerăm că ar putea evolua fără ajutor într-o direcție sănătoasă. Chiar și acei copii care suferă într-un mod evident și vizibil din punct de vedere fizic, tot întâmpină greutăți atunci când este vorba de dezvăluirea suferinței emoționale. Există o mulțime de bariere care trebuie învinse. Deseori copiii au dificultăți majore în exprimarea verbală a simțămintelor, datorate fie nedezvoltării deprinderilor de comunicare, fie trăirilor complexe pe care le determină pierderile suferite. Pe de altă parte, se pot teme de faptul că, odată dezvăluite sentimentele dramatice, acestea vor cauza la rândul lor alte calamități asemănătoare. În realitate, exprimarea verbală a sentimentelor negative conduce la „ofilirea" acestora.

Copiii trebuie încurajați și ajutați să scoată la lumină – prin cuvintele lor – propriile sentimente, nu numai în primele luni după pierdere, ci din nou și din nou. Exprimarea, revizuirea și reașezarea sentimentelor reprezintă componente vitale ale procesului de însănătoșire. Una dintre modalitățile de a

ajuta copiii care nu-şi pot exprima sentimentele este aceea de a converti aceste sentimente care cauzează disconfort în alte simţăminte: *„Poţi să-mi spui câteva lucruri despre George? Mi-ai spus săptămâna trecută că se supără foarte repede. Ce lucruri îl fac să se supere atât de repede?"*. O parte a copiilor convertesc sentimentele de furie în depresie, iar alţii convertesc sentimentele de tristeţe în ostilitate, iritabilitate, plânset, violenţă.

Acei copii care hotărăsc să-şi exprime sentimentele cauzate de pierdere pot ajunge la concluzia că aceste sentimente nu sunt un răspuns normal la durere şi rămân culpabilizaţi gândindu-se la faptul că au putut reacţiona „aşa de greşit". Îşi pot suprima sentimentele gândindu-se că nu sunt destul de mari ca să poată fi luaţi în serios şi dacă vor primi validarea, sprijinul şi confortul necesar vor putea să-şi împărtăşească durerea şi resentimentele. Chiar şi atunci când îşi convertesc sau îşi reprimă sentimentele trebuie ajutaţi să înveţe că sentimentele sunt sentimente şi că nu sunt bune sau rele.

- **Câteva tehnici specifice de lucru**

Atunci când copiii nu sunt dispuşi sau nu se simt confortabil să vorbească despre sentimentele lor, putem să apelăm la combinarea discuţiilor cu activităţi externe, ca de exemplu imagini video sau cărţi de poveşti.

O modalitate simplă, dar eficientă, o reprezintă tehnica celor cinci sentimente: *tristeţe, furie, fericire, frică şi singurătate.* Este foarte important să nu se anticipeze şi nici să nu se sugereze răspunsul copilului. Se urmăreşte consonanţa dintre comportamentul verbal şi cel nonverbal al copilului atunci când răspunde la test. Întrebările se reiau, dacă este cazul.

O altă modalitate de a ajunge la sufletul copilului este aceea de a concentra toate simţurile acestuia spre o activitate care să fie relevantă scopurilor terapeutice urmărite.

Dacă copilul întâmpină dificultăţi în exprimarea verbală a ceea ce simte, se poate inventa o poveste în care el însuşi să fie unul dintre actorii acesteia, oferindu-i posibilitatea dezvăluirii sentimentelor (anxietate, teamă, îngrijorare etc.). De asemenea, se poate folosi un joc în care se pot implica sentimente legate de pierdere şi separare. Există şi copii care au un alt mod de a simţi pierderea şi durerea, mai puţin vizibil în exterior, şi care nu cer ajutor în mod explicit, ceea ce nu înseamnă că nu vor primi ajutorul consilierului dacă li se oferă. *„Ştiu că este greu pentru tine să vorbeşti despre suferinţa ta, dar eu sunt aici lângă tine şi, dacă te pot ajuta în vreun fel, aş fi foarte încântat să o fac."*

Atunci când durerea generează supărare, majoritatea copiilor intră în încurcătură. Deseori se tem de faptul că dacă se vor simţi trişti, vor intra într-o stare neplăcută. Ei încearcă să convertească sau să nege acest sentiment de

tristețe. În cele din urmă, sfârșesc prin a fi nefericiți, culpabilizați și neajutorați. Această convertire poate lua forma furiei și a violenței, ceea ce atrage după sine rejecție și chiar izolare din partea celorlalți copii. Controlul și stăpânirea acestor sentimente se va obține atunci când pierderea și separarea vor fi înțelese, integrate și, în felul acesta, rezolvate. Atunci când un copil este furios, energia sa emoțională se va localiza în anumite zone corporale observabile (mâini, dinți, obraji, ochi etc.). El poate fi ajutat să observe că degetele sale sunt strânse în pumn, că maxilarul este încleștat, obrajii crispați etc.

Dacă explici asta unui copil în perioada în care este furios, va fi fascinat de noua sa descoperire. Dintr-o dată, reacțiile comportamentale vor căpăta un sens. Poate că este dificil de identificat de prima dată „zona furioasă", dar poate fi ajutat reîmprospătându-i memoria cu anumite situații în care s-a comportat într-un anume fel. În tendința de a fi concreți, copiii au nevoie să înțeleagă faptul că furia nu trebuie exprimată totdeauna sub impulsul primului moment. Li se va explica faptul că și adulții simt din când în când aceleași impulsuri de moment în exprimarea sentimentelor de furie și frustrare, dar că, pas cu pas, au ajuns să poată stăpâni aceste sentimente și că acum dau frâu liber acestora doar când este necesar. Vom avea grijă să nu cadă în cealaltă extremă: reprimarea acestor sentimente și atunci când nu este cazul, ceea ce ar duce la un comportament pasiv-agresiv. Vor deveni neîndemânatici, vor uita să-și facă temele etc.

Copiii adoptă un comportament pasiv-agresiv din cauza unuia sau mai multor motive: refuză să-și exteriorizeze furia, dar caută să fie pedepsiți pentru a-și valida comportamentul exprimat, caută să-și exprime nedreptatea sau neglijarea la care sunt supuși ca să obțină sentimentul de control al situației. Îngrijitorii care reacționează prin pedeapsă la asemenea exprimări indirecte de furie și agresivitate se dovedesc a fi prea puțin înțelepți pentru munca cu copiii. Este mult mai util să-l ajuți pe copil să-și exprime în mod direct furia și agresivitatea, folosind metodele discutate anterior.

Tehnica „rezolvării mutuale a problemei"

O tehnică familială deosebit de utilă ar fi cea dezvoltată de către R. Dreikurs (1974) sub numele de „rezolvare mutuală a problemei".

Părintele sau aparținătorul și copilul se întâlnesc cu o altă persoană (consilierul), încercând să-și imagineze soluții pentru problemă, urmând **pași specifici:**

- În primul rând se exprimă acordul asupra faptului că există o problemă și definesc exact care este problema – să spunem că în fiecare seară există certuri legate de ora de culcare a copilului. Acestea ar putea fi schimbate cu alte momente mult mai plăcute pentru copil.

- În al doilea rând vor stabili dacă sunt sau nu capabili să învingă împreună problema (părintele şi copilul devin o echipă, iar problema devine inamicul numărul unu). Dacă este implicată o terţă persoană, atunci aceasta poate veni cu cel puţin cinci sugestii care să privească îmbunătăţirea comunicării în familia respectivă.
- Al treilea pas ar fi ca fiecare dintre membrii familiei să exploreze împreună toate posibilităţile şi toate alternativele în rezolvarea problemei respective. Uneori, când copiii se simt fără ajutor, nici nu sunt dornici să participe la acest proces. Vor mormăi, vor folosi propoziţii incomplete, vor spune „nu ştiu" etc. Vor fi încurajaţi să-şi folosească energia şi sursele de care dispun.
- În al patrulea rând membrii familiei vor discuta fiecare punct de pe lista stabilită anterior. Dacă cineva are vreo obiecţie legată de vreuna dintre soluţiile sugerate, atunci o vom elimina de pe listă. Aceasta va elimina conflictul latent dintre „părerea ta " şi „părerea mea", întărind sentimentul muncii în echipă şi, mai mult, copiii se vor simţi mult mai bine contribuind ei înşişi la rezolvarea problemei respective. Faptul că sunt implicaţi, că li se cere părerea şi se ţine cont de dorinţele şi nevoile lor în rezolvarea problemei contribuie la maturizarea şi creşterea normală a acestora. În cazul în care nu se ajunge la o soluţie comună, agreată de toată lumea, atunci se poate lua o pauză de o săptămână, timp în care vor medita în linişte la cele discutate, urmând a se întâlni din nou şi a stabili concluzia la care au ajuns.
- În al cincilea rând, familia va supune la vot părerile şi soluţiile discutate, pentru a o selecta pe cea care a întrunit cele mai multe voturi.
- În al şaselea rând, după ce s-a realizat un consens într-o anume direcţie, se vor încuraja unul pe altul şi vor devaloriza lucrurile care ar putea sabota încercarea respectivă.
- În final, membrii familiei vor încerca să determine dacă fiecare persoană implicată este dornică să înceapă acest nou experiment în săptămâna următoare.

La sfârşitul perioadei de probă, membrii familiei se reîntâlnesc pentru a evalua eforturile depuse şi rezultatele la care s-a ajuns. Vor stabili dacă problema s-a rezolvat în totalitate sau numai anumite părţi şi faţete ale ei, iar dacă nu s-a obţinut nimic bun se reevaluează situaţia şi se reîncepe procesul de la capăt.

Această tehnică dă rezultate surprinzătoare. Interacţiunile dintre părinte (tutore) şi copil încep prin definirea problemei şi se termină într-o notă pozitivă, de cooperare, angajament şi unire a eforturilor în rezolvarea problemei respective.

Alte tehnici şi tactici

O altă modalitate de a lucra cu copiii care au suferit pierderi este aceea de a identifica împreună cu ei alţi copii care au trecut prin situaţii asemănătoare, îndurând pierderea şi separarea. Există copii care şovăie în a plânge în faţa altora. Anxietatea de evitare poate fi depăşită sugerându-le beneficiile momentelor de plânset.

Situaţia se complică în cazul anumitor copii care nu au reuşit să rezolve prin integrare pierderile suferite şi la care se instalează **depresia cronică.** În acest caz, o tactică foarte bună este aceea de a discuta franc cu copilul despre timpul pe care îl cheltuieşte pentru depresia respectivă şi pe care ar putea să-l folosească în diverse alte scopuri: să se împrietenească cu el însuşi, să se cunoască mai bine, să se simtă mai bine, să facă anumite lucruri care-i fac plăcere etc.

Copilul va fi tratat cu mult respect, se vor accepta nevoile şi dorinţele acestuia, ca venind din interior. Acei copii care înainte de separare sau pierdere au avut o relaţie caldă cu părinţii s-au dovedit a fi mult mai cooperanţi cu cei care se ocupă de ei după pierderea suferită (A. Brenner, 1984, p. 43). Iar atunci când există o relaţie suportivă puternică în familia respectivă, s-a constat faptul că se trece mai uşor şi mai repede peste consecinţele produse de pierdere.

• Copiii şi veştile rele. Durerea şi comunicarea terapeutică. Repere în consiliere şi psihoterapie

Într-o lume ce fiinţează sub imperiul suferinţei şi al deznădejdii, copilăria este deseori umbrită de necazuri şi veşti rele. Nu există nicio modalitate corectă/ dreaptă de a comunica veştile rele copiilor, dar în schimb există câteva modalităţi mult mai de ajutor decât altele.

Nu ne propunem să prezentăm o formulă infailibilă pentru a face ceea ce este corect să faci – pentru că aşa ceva nu există –, ci ne propunem să problematizăm câteva din **posibilităţile de a da veştile rele,** modalităţi al căror scop este acela de a alina suferinţa celor mici şi necăjiţi. Nu puţine sunt situaţiile în care adulţii implicaţi în acest proces nu cunosc calea de a face acest lucru. Fiecare situaţie este unică, iar purtătorul veştilor rele este tot timpul pus în situaţia de a răspunde nevoilor copilului. Nepriceperea, lipsa de experienţă şi cunoştinţe în domeniu etc., din partea celui care este pus în situaţia de a da o veste rea, conduc la nesincronizări şi chiar lipsă de comunicare.

Este extrem de important ca purtătorii veştilor rele să meargă în direcţia corectă, „să călătorească" împreună cu copilul de-a lungul întregului „naufragiu", astfel încât acesta să poată să reacţioneze şi să răspundă într-un

mod adecvat veştilor nedorite. În acest proces sunt implicaţi atât părinţii, cât şi profesioniştii (medici, asistente medicale, psihologi, asistenţi sociali, terapeuţi, consilieri, preoţi, voluntari). Orice profesionist care lucrează cu copiii poate fi confruntat cu astfel de situaţii.

Fiecare dintre noi a trăit experienţa primirii unor veşti care ne-au provocat suferinţă, nelinişte, panică etc. Veştile rele sunt acele veşti care alterează drastic imaginea despre trecut şi/sau prezent, provocând un disconfort psihoafectiv de scurtă sau de lungă durată. De regulă, acestea se referă fie la o situaţie, fie la o persoană foarte importantă. Dacă vestea dată implică o pierdere, atunci apare suferinţa. Pentru acei copii care ştiu deja sau care suspectează iminenta apariţie a veştilor rele, procesul suferinţei poate să fi început deja.

Veştile rele pot fi legate de o varietate de circumstanţe medicale, sociale şi familiale (boală cronică, dizabilitate, spitalizare prelungită, divorţ, probleme şcolare, schimbarea locuinţei, separarea de un părinte care munceşte peste graniţă sau care este în închisoare, adopţie, moarte etc.). Se referă la situaţii temporare sau permanente şi includ ceea ce s-a întâmplat deja sau ce urmează să se întâmple. Includ o serie de incertitudini. Uneori se referă la situaţia copilului, alteori la cineva important pentru copil.

Dezvăluirea.

O dezvăluire poate să fie făcută la iniţiativa copilului sau la iniţiativa adultului. Dezvăluirea **proactivă** este făcută la iniţiativa adultului.

O dezvăluire **reactivă** este iniţiată de către copil, dezvăluirea veştilor rele fiind făcută de către adult ca răspuns la întrebările sau preocupările copilului. Unele informaţii pe care se bazează veştile rele sunt de-a dreptul brutale: *„Mama şi tata sunt pe cale să divorţeze"* sau *„Mama ta spune că vei merge într-un spital ca să mori"*. Dezvăluirea veştilor rele rareori se reduce la o simplă discuţie şi, de obicei, implică repetări, astfel încât copilul să aibă confirmarea acestor veşti. Repetarea dezvăluirilor este necesară pentru ca el să devină conştient de importanţa situaţiei pe care deja o cunoaşte şi pentru a asocia pierderile implicate. Un copil ai cărui părinţi au divorţat poate deveni mult mai conştient de importanţa situaţiei atunci când unul dintre cei doi părinţi se recăsătoreşte. Pentru unele familii aflate în suferinţă (ex. familiile afectate de HIV/SIDA), veştile rele devin un factor stresor repetitiv.

Copiii care au o boală cronică pot fi expuşi la o serie de episoade dureroase în timpul evoluţiei bolii lor, fiecare implicând noi pierderi şi mult mai multe veşti rele. De regulă, adulţii au tendinţa să subestimeze impactul repetării dezvăluirii veştilor rele, conducând în felul acesta la nelimpezirea problemelor şi la neconştientizare. Acest lucru se întâmplă mai ales atunci când pierderile repetate se asociază cu o situaţie de aşteptare prelungită, în timpul

căreia percepția copilului asupra a ceea ce înseamnă veştile rele se schimbă. Empatizarea cu copiii nu este deloc uşoară.

Uneori ei interpretează anumite veşti ca fiind rele. Recunoscând că esența veştilor rele este pierderea şi că, probabil, un copil interpretează veştile ca fiind rele, adulții pot dezvolta o atitudine empatică. Esențialul într-o dezvăluire este să fii în legătură continuă cu gândurile şi sentimentele copilului.

Este dificil de separat efectul veştilor rele de modalitatea în care sunt date, dar nici nu este rezonabil să sugerezi că un răspuns imediat sau pe termen lung la veştile rele este influențat de modalitatea în care acestea sunt dezvăluite. Veştile rele date într-o modalitate nefericită pot cauza stres adițional şi pot exacerba pierderile inerente. Reacțiile negative sunt nebănuite. Pe de altă parte, veştile rele dezvăluite într-o modalitate adecvată pot conduce la scăderea intensității stresului şi pot reduce intensitatea sentimentelor de depresie, vină, ruşine şi inadecvare, vulnerabilitate pe care copilul le poate simți.

Procesul de luare a deciziilor este întotdeauna extrem de dificil, dată fiind complexitatea factorilor implicați. Decizia este mai dificilă atunci când veştile rele sunt asociate cu stigmatizarea şi chiar include incertitudini de tot felul. **Abordarea protectiv-deschisă este recomandată în munca cu copiii.** Dezvăluirea veştilor rele nu înseamnă şi nu se poate compara cu o situație de genul „totul sau nimic". Se poate oare răspunde deschis şi franc la orice întrebare adresată de către copil? Onestitate în acest caz nu înseamnă deschidere totală, ci selectivitatea informației. Sunt anumite aspecte ale veştilor rele care nu se doresc a fi discutate.

Onestitate înseamnă înțelegerea şi a acestui lucru. Uneori, veştile rele sunt incomplete, confuze şi dau naştere la stres şi sentimente de singurătate. Teoria conform căreia copiii, în special cei mici, nu au nevoie să ştie totul pentru că încă nu au capacitatea de a înțelege conceptele şi noțiunile abstracte despre boală, moarte şi alte surse ale veştilor rele, ignoră potențialul şi experiența personală a copiilor în înțelegerea acestor situații de maxim tragism şi suferință.

O parte a copiilor care au trecut prin astfel de experiențe sunt deschişi şi cooperanți în înțelegerea veştilor rele şi chiar îşi oferă sprijinul activ în ajutarea altor copii care trec prin situații similare. Există studii realizate despre efectului veştilor rele asupra bunăstării psihice a copiilor pe termen lung care evidențiază faptul că dezvăluirea acestora este mult mai benefică în comparație cu evitarea şi întârzierea comunicării lor (Slavin şi colab., 1982; Rosenheim şi Reicher, 1985). Copiii au o cunoaştere corectă a oricărei situații care îi afectează, ceea ce poate intra în conflict cu drepturile şi confortul emoțional al altora.

Copiii sunt dependenți în clarificarea lucrurilor de decizia adulților de a se implica în dezvăluirea şi lămurirea acestor situații neplăcute. Odată clarificate veştile rele, copilul se va mobiliza în ceea ce trebuie să facă. Întrucât există şi

momente în care copiii sunt împinşi la izolare, confuzie şi anxietate, profesioniştii care lucrează cu copiii au misiunea de a crea un mediu suportiv şi fără prejudecăţi, de a discuta temerile lor şi de a lămuri dilemele în care se frământă.

Copiii se simt cel mai bine în prezenţa celor cu care au o relaţie continuă bazată pe încredere şi care oferă siguranţă şi protecţie. De obicei, dar nu în toate cazurile, această persoană este un părinte. Pentru că, în cele mai multe situaţii, aceste persoane sunt şi ele afectate într-un fel sau altul de veştile rele, este necesar ajutorul unui profesionist cu experienţă în asemenea dezvăluiri de veşti rele. Acest profesionist poate oferi suport emoţional şi poate lămuri orice informaţie de care copilul are nevoie. Ideal ar fi ca orice profesionist care lucrează cu copiii şi este implicat şi în dezvăluirea veştilor rele să aibă o relaţie bună cu copilul şi cu celelalte persoane implicate. El poate să fie specializat în dezvăluirea veştilor rele atât copiilor, cât şi aparţinătorilor şi poate răspunde reacţiilor lor, ori să fie un bun cunoscător al psihologiei copilului aflat în suferinţă, al celorlalte persoane implicate şi al circumstanţelor situaţiei specifice, pentru a fi apt să răspundă întrebărilor care ar putea să i se pună. El este pregătit să ofere sprijin emoţional imediat şi să continue dezvăluirile o lungă perioadă de timp, să se simtă capabil să facă faţă situaţiilor specifice.

Specialiştii implicaţi în munca cu copiii sunt puşi deseori în situaţii de dificultate. Copiii pot veni cu întrebări pe care le-au pus mai întâi părinţilor, iar pentru a verifica răspunsurile primite – dacă le primesc – testează şi opinia specialistului. În aceste situaţii, psihoterapeutul sau consilierul poate încuraja copilul să împărtăşească gândurile şi sentimentele folosind întrebări deschise, ca: *„Ce simţi în legătură cu asta?"*, *„În ce mod te gândeşti la asta?"*. Răspunsurile şi atenţia acordată copiilor le întăresc sentimentul că ceea ce simt este luat în serios şi le oferă „permisiunea" să simtă ceea ce simt şi să gândească ceea ce gândesc. Adultul este perceput ca fiind o persoană pricepută şi disponibilă să înţeleagă situaţiile aşa cum se văd ele prin prisma ochilor de copil. Într-un mediu securizant, copiii au posibilitatea să-şi exprime sentimentele şi neliniştile lor, contribuind astfel la dezvoltarea propriului confort emoţional. *„Cred că te frământă o mare problemă şi eu m-aş simţi mai bine să vorbim despre ceea ce se întâmplă şi ceea ce simţi tu în legătură cu asta."* Poate urma o remarcă onestă în legătură cu cât de dificil este să ştii ce să spui, dar totuşi să faci unele sugestii pentru a-i asigura de un suport continuu: *„Este într-adevăr dificil pentru mine să ştiu ce să-ţi spun. Cred că ar fi de mare ajutor dacă mama şi tata ar şti despre ceea ce gândeşti tu şi despre ceea ce simţi. Putem încerca să stăm de vorbă împreună sau aş putea doar eu să am o întâlnire cu ei. Ce crezi despre propunerea mea?"*. Copiii care nu vor ca părinţii lor să se implice încearcă în felul acesta să se protejeze de stări neplăcute. Uneori încearcă să se protejeze de ceea ce ei cred că ar putea fi răspunsul părinţilor. Toate aceste posibilităţi trebuie explorate împreună cu

copilul. O modalitate de a răspunde şovăielilor copilului de a-şi implica proprii părinţi este aceea de a discuta cu el posibilul comportament al părinţilor, discuţie care poate sugera şi, uneori, convinge de ceea ce ei ştiu deja. Incitând copilul la conştientizarea acestei probleme (a ceea ce părinţii ştiu deja), se întăreşte nevoia copilului de a face el primul pas către comunicare.

Comunicarea deschisă despre veştile rele trebuie încurajată, dar nu cu preţul tensionării relaţiei părinte–copil. În privinţa situaţiilor şi a circumstanţelor care provoacă suferinţă este în general de folos şi uneori chiar necesar să-i informezi pe ceilalţi. Depinde de situaţia particulară cine anume va fi informat. În orice caz, este de dorit să fie informaţi alţi membri ai familiei, personalul din şcoala în care învaţă copilul, conducătorii cluburilor din care copilul face parte etc.

Aceasta ajută la promovarea şi răspunsul înţelegător faţă de „performanţele" comportamentale şi şcolare ale copilului şi, în acelaşi timp, creşte suportul psihologic, reduce tensiunile existente şi alte efecte adverse ale posibilelor conflicte. În mod inevitabil, anumite persoane vor fi informate înaintea altora, dar întârzierile pot mări conflictul, chiar dacă numai temporar şi, de aceea, este bine ca acestea să fie evitate pe cât posibil. În cele mai multe situaţii, li se va spune şi celorlalţi copii din familie, dar există şi tendinţa de a exclude fraţii atunci când fratele sau sora lor este subiectul veştii proaste. Aceştia pot deveni vulnerabili faţă de efectele adverse ale conflictului şi este foarte posibil să se manifeste resentimente faţă de un frate sau o soră care primeşte atenţie specială fără un motiv aparent. Atunci când se consideră potrivit, copiii pot fi implicaţi în decizia de a le spune celorlalţi, mai ales atunci când veştile rele se referă chiar la ei înşişi.

Atunci când deja au fost informate alte persoane, copiilor trebuie să li se spună cine sunt aceste persoane şi ce li s-a spus despre ei. Atunci când veştilor rele li se poate asocia stigmatizarea, trebuie avut grijă cui i se vor comunica acestea. Uneori, copiii şi familiile lor trebuie să facă faţă unui mediu social ce conţine panică, teamă, dezinformare şi discriminare (Schaefer şi Lyons, 1993, p. 135).

Această indicaţie devine şi mai stringentă în situaţia în care vestea proastă este despre diagnosticul SIDA. Motivele pentru care trebuie să se ţină cont şi să se selecţioneze persoanele cărora li se spune şi ce anume li se va spune trebuie să fie explicate copilului. De exemplu: *„X are o boală în sânge. Este o boală nouă şi oamenii nu au sentimente prea bune faţă de ea. Îi face să se teamă."* (D. Schaefer, 1993, p. 135).

Stabilirea unor circumstanţe ideale pentru când şi unde să dai veştile rele este dificil de realizat, dar următoarele sugestii pot fi reţinute şi aplicate acolo unde este posibil:

„Mai degrabă mai devreme decât prea târziu". Dacă veştile rele sunt despre un eveniment care deja a avut loc sau care este pe cale de a se întâmpla,

copiii sunt ajutați mult mai mult și mai bine dacă li se explică situația ca atare. Chiar și atunci când sunt incertitudini despre ceea ce s-a întâmplat sau urmează să se întâmple, întârzierea dezvăluirii este de natură a crea mai multă anxietate și stres pentru toată lumea din jurul copilului. Studiile realizate arată că acei copii care au suferit de boli grave și care au știut din vreme diagnosticul s-au adaptat mai bine decât copiii care au aflat adevărul despre ei cu mult mai târziu.

„Când toți cei implicați sunt prezenți". Se recomandă ca dezvăluirile să aibă loc când toți cei ce sunt implicați în atare situații sunt de față.

„Atenție maximă". Timpul cel mai indicat pentru comunicarea veștilor rele este atunci când cei implicați sunt capabili să dea atenție totală la ceea ce se spune și să nu fie prea obosiți, prea bolnavi sau prea stresați. Locul ales trebuie să fie confortabil, liniștit, privat și pe cât posibil ferit de orice fel de perturbări.

„Context familiar". Copilul, atunci când primește o veste rea, trebuie să fie în mijlocul unui mediu familiar, preferabil acasă și cu multe lucruri personale (jucării, cărți etc.) la îndemână.

„Acolo unde reacțiile și răspunsurile nu vor fi inhibate". Locul unde veștile rele sunt dezvăluite nu va inhiba copilul în exprimarea emoțiilor sau în problematizarea situației (întrebări, nelămuriri, dileme).

„Stați împreună după aceea". Veștile rele pot fi dezvăluite atunci când cei implicați sunt capabili să stea unul cu celălalt, cel puțin perioada imediată după ce veștile rele sunt date. Este bine ca procesul de comunicare a veștilor rele să fie planificat și pregătit cu mult înainte.

- **Abilitatea profesională de a comunica veștile rele copiilor**

Toți specialiștii implicați în munca cu copiii au obligația și responsabilitatea profesională și umană de a se pregăti în comunicarea veștilor rele. Ei trebuie să aibă abilitatea de a găsi cea mai adecvată abordare la orice situație particulară. Acest proces implică introspecție, empatie, planificare și repetiție. Ambele tipuri de dezvăluiri discutate (proactivă și reactivă) pot fi anticipate și apoi planificate.

Introspecția. Adulții implicați pot avea sentimente puternice referitoare la veștile rele și, în același timp, să fie implicați în procesul de dezvăluire. Controlul asupra acestor sentimente poate preveni eșecul dezvăluirilor. Asemenea rateuri în comunicarea veștilor rele se întâmplă mai ales atunci când adulții implicați sunt nepregătiți pentru „cum să te exprimi și cum să te comporți în timpul dezvăluirilor".

Meditând la următoarele întrebări poți obține clarificarea sentimentelor și cristalizarea atitudinii față de astfel de situații: *Mă simt anxios pentru ceea ce s-a*

întâmplat?; Mă simt vinovat în vreun fel de ceea ce s-a întâmplat?; Sunt vulnerabil la o astfel de situație?; Voi fi blamat oare pentru veștile rele?; Voi blama pe cineva pentru veștile rele și dacă da, pe cine anume?; Bănuiesc oare care vor fi reacțiile copilului?; Este vreo reacție pe care eu o consider dificil de lucrat cu ea?; Am sentimente puternice față de copil și care sunt acestea?; Cred că altcineva ar putea să se descurce mai bine?

Empatia. Înseamnă anticiparea a ceea ce copilul este pregătit să simtă și să gândească și a modalității în care copilul poate reacționa la veștile rele.

Planificarea. Desfășurarea unei dezvăluiri nu poate fi niciodată prezisă cu o acuratețe completă. Adultul va răspunde întotdeauna nevoilor copilului și nu va încerca să pună în mod rigid în aplicare un plan determinat, dar care nu este fezabil. Un bun profesionist și cu experiență în domeniu va putea selecta imediat o modalitate de a trata o situație particulară.

Prin tehnica pașilor mărunți, veștile rele vor fi introduse gradual și progresiv, fiecare pas relevând puțin câte puțin din conținutul veștilor. În felul acesta copilul te va simți alături de el pe parcursul întregului proces de comunicare a acestor mesaje mai puțin dorite. Prin această modalitate, copilul este pregătit treptat, printr-o serie de încercări (glume etc.), iar anumite părți din dezvăluire trebuie să se facă lent (trenant), astfel încât copilul să nu fie supus brusc unui șoc emoțional. Sprijinul emoțional poate fi dat atât verbal, cât și nonverbal, ceea ce poate însemna atenție, căldură, bunătate, afirmare.

Cei implicați în procesul de dezvăluire trebuie să fie apropiați unul de celălalt, de preferat stând unul lângă celălalt. Copilul poate sta în brațele adultului și chiar să se cuibărească în brațele acestuia. Contactul vizual este important în timpul dezvăluirii și ajută la întărirea prezenței emoționale a adultului, revelând disponibilitatea acestuia pentru căldură și înțelegere. Copilului i se poate vorbi în liniște folosind un ton cald al vocii. Ceea ce spune un copil poate fi de la început ghidat de dorințele și nevoile lui. Procesul de emitere a veștilor rele este asimetric, iar receptorul (copilul) este încă nesigur pe sine și, uneori, prea puțin conștient de ceea ce înseamnă în realitate esența veștilor rele.

Registrul preocupărilor copilului include de regulă următoarele întrebări: *Ce s-a întâmplat? Ce se va întâmpla? Este adevărat? Va trebui să aștept? Este vreo speranță? Voi fi blamat? Pot face ceva mai bun? Ce responsabilități am? Cum pot fi de ajutor? Pot să am încredere în oameni? Pot să mă bazez pe observațiile și judecățile mele? Sentimentele mele sunt adecvate situației?*

Ca adult, trebuie să te aliniezi nevoilor și dorințelor copilului legate de modul în care are loc dezvăluirea. În felul acesta se reduce posibilitatea ca dezvăluirea să fie dominată numai de percepția adultului asupra situației respective.

• **Structura procesului dezvăluirii – un model pentru părinți, consilieri și psihoterapeuți**

Etapa 1: Descoperirea a ceea ce copilul știe sau suspectează

Atunci când există indicii că vestea rea este bănuită sau cunoscută de către copil, cea mai recomandată modalitate de a aborda subiectul este să recunoști deschis ceea ce copilul a făcut, a spus, a văzut și să-l inviți să vorbească despre acest lucru: *„În ultimul timp am remarcat că ai pus mai multe întrebări despre vizitele tale la spital. Este bine că te interesează acest lucru, dar mă întrebam dacă există vreun motiv special...”, „Știi că starea lui George s-a deteriorat mult în ultimul timp. Te-ai întrebat de ce?”.*

Alinierea la dorințele și nevoile copilului este necesară la începutul unei dezvăluiri reactive (inițiate de către copil). Adultul care comunică veștile rele trebuie să răspundă și să comenteze întrebările copilului. În cazul în care copilul nu știe nimic despre ceea ce urmează să fie spus, dezvăluirea poate începe cu următoarea etapă:

Etapa 2: Povestind copilului despre veștile rele

Se dau informații factuale despre: ce s-a întâmplat, ce se întâmplă, ce este de făcut, ce se va întâmpla. Este imperios necesar ca el să obțină un sens al situației în care se găsește și să înceapă să facă față veștilor rele. În absența unor informații clare și credibile, un copil se va lupta să înțeleagă ce se întâmplă, poate să fie confuz, anxios, vulnerabil, se poate gândi tot timpul că se poate întâmpla ceva și mai rău decât în realitate (Jewett, 1994).

Informația poate fi dată într-un mod cât mai simplu și mai sensibil cu putință, folosind abordarea narativă. Se dau informații scurte și simple, pas cu pas, cronologic cu ceea ce s-a întâmplat și ceea ce va urma să se întâmple. Se poate începe de la experiența personală a copilului, de la ceea ce un copil știe, vede, aude și simte: *„Știu că l-ai văzut pe tata vorbind cu cei doi polițiști...”, „Știu că în ultimul timp i-ai văzut pe mami și pe tati țipând unul la altul...”, „Știu că în ultimul timp ai fost destul de bolnav și medicul ți-a făcut niște analize...”.* Știind ce urmează să se întâmple, copilul este mai pregătit să mediteze la aceste evenimente și la felul în care ar putea simți. Poate avea loc o suferință anticipatorie legată de pierdere.

Dând copiilor informații sigure despre ceea ce urmează să se întâmple îi vom ajuta să își dobândească încrederea în predictibilitatea evenimentelor și încrederea în oameni. Dificultățile apar oricum atunci când evenimentele viitoare sunt nesigure sau când situația devine din ce în ce mai grea pe o perioadă mai lungă de timp – ambele fiind caracteristice bolilor cronice sau handicapurilor. Acest tip de situații îi pun pe cei implicați în dilemă: cât de mult din ceea ce urmează să se întâmple ar trebui dezvăluit la un moment dat?!

Copiii sunt mai înclinați să creadă veștile triste atunci când cel puțin o parte din ele au fost întâlnite în propria lor experiență. Observațiile lui Blueband-Langer asupra copiilor aflați în faza terminală a bolii relevă că experiența personală a copiilor este critică pentru stadiul de conștientizare: „experiența bolii îi face neputincioși în a asimila informația legată de ceea ce văd sau aud din propria experiență" (1978, p. 168). Când dezvălui veștile rele despre evenimente iminente este bine să fii ghidat de ceea ce copiii par a vrea să știe ca rezultat a ceea ce ei spun. Această focalizare pe nevoile copilului cere din partea părinților sau profesioniștilor un climat de comunicare deschis, receptivitate și responsivitate la expresivitatea copilului.

Copilului trebuie să i se dea explicații în concordanță cu vocabularul și capacitatea sa cognitivă. Uneori veștile rele includ termeni și concepte care, chiar copiilor mai mari, nu le sunt familiare. Unii termeni (în special cei medicali) au nevoie de explicații mult mai prudente. Eiser (1990) sugerează faptul că credințele unui copil despre boală pot reflecta experiența personală la fel de mult ca orice schimbare structurală în capacitatea de înțelegere a acestuia.

De obicei stresul șubrezește înțelegerea și poate fi suficient de puternic în a cauza unui copil dificultăți de adaptare la o situație traumatizantă (pierdere, boală etc.). Comunicarea cu copilul este importantă atât verbal, cât și nonverbal.

Etapa 3: Explicații în legătură cu orice altceva vrea copilul să știe

Copilul trebuie întrebat dacă există orice altceva ce ar vrea să știe și să i se dea posibilitatea de a vorbi despre gândurile și sentimentele lui. Trebuie explorată „agenda" copilului, dându-i-se timp să gândească și să vorbească, folosind întrebări deschise și verificând exact ceea ce copilul spune. Buckman (1988) întărește acest din urmă punct cu o istorioară a unei fetițe de 6 ani bolnavă de leucemie care și-a întrebat mama: *„Când mă voi simți mai bine?"*. Mama a devenit foarte stresată, gândindu-se că fetița ei a întrebat-o despre viitorul îndepărtat, când de fapt întrebarea fetiței se referea la efectele chimioterapiei pe care tocmai o primise.

Etapa 4: În întâmpinarea nevoilor și dorințelor copilului

Informațiile și explicațiile trebuie date ca răspuns la nevoile și dorințele copilului, exprimate în timpul etapei anterioare. Fiecare trebuie lămurit cu onestitate și consistență. Chiar dacă veștile rele nu implică separare, totuși copilul poate să se teamă de eventuale pierderi, iar în cazurile în care veștile rele sunt mai grave, poate să apară și teama de abandon. Toți copiii se simt vulnerabili. Prezența unui adult de încredere reprezintă o asigurare a apartenenței și a securității emoționale. Atingerea, mângâierea sunt extrem de confortabile, dar nu pot deveni substitute pentru o discuție cu copilul.

Atunci când veştile rele implică separare, copilul poate fi liniştit prin asigurarea faptului că celălalt este bine sau chiar fericit. În particular, este bine să se dea această asigurare atunci când cineva a murit. Motivând prin dorința de a reduce durerea emoțională, aceasta poate avea efect opus, iar copiii se pot simți supărați pe cel care pare a nu vrea să fie cu ei (Buckman, 1988). Copiii care nu sunt conştienţi de faptul că moartea este ireversibilă pot fi nefericiţi. Reasigurarea poate fi dată fără a exagera fericirea actuală sau imaginară a persoanei absente.

Copiii au, în general, tendința de a se blama pentru veştile rele. Gândirea magică facilitează blamul de sine, vina şi ruşinea. Sentimentele de ruşine şi jenă pot fi determinate de stigmatizare şi chiar anumite determinări de ordin medical şi social (diverse boli, dizarmonii familiale etc.). Astfel de gânduri şi sentimente negative apar când veştile rele sunt dezvăluite. Copiilor trebuie să li se spună în mod clar faptul că nu sunt responsabili de veştile rele şi că nici nu ar fi putut să le prevină. Trebuie avut grijă ca să nu primească alte mesaje care ar intra în conflict cu asigurările date.

Asigurările trebuie date chiar şi atunci când copiii nu exprimă asemenea gânduri şi sentimente. Posibilitatea de a crea probleme acolo unde nu există este minimă, comparativ cu stresul cauzat de blamul de sine şi ruşine. Există şi situații în care copilul sau altă persoană este responsabilă sau contribuie la veştile rele. A încerca să alungi sau să negi contribuția copilului sau a altei persoane, atunci când este cazul, nu este de ajutor – oricât de bine intenționat ai fi – şi nu face altceva decât să ducă la instalarea unui climat tensionant şi de neîncredere, în care copilul este lăsat să se descurce cu aceste sentimente de unul singur.

În schimb, copilul are nevoie să fie ajutat să vadă lucrurile în perspectivă. Copiii pot şi trebuie ajutați în momentul în care se dezvăluie vestea rea. Sentimentele devastatoare de ruşine şi culpabilizare nu pot fi îndepărtate la modul absolut, dar pot fi depăşite prin testul realității. Cele mai multe comportamente pot fi explicate prin lipsa de cunoştințe, prin sentimentele persoanei la un moment dat sau prin circumstanțe atenuante. Discuțiile care determină copiii să se gândească la aceşti factori ameliorativi îi pot ajuta să pună lucrurile într-o perspectivă mai cooperantă.

Veştile rele determină şi un distrugător sentiment de neajutorare şi inutilitate. Acest sentiment poate fi depăşit în timpul dezvăluirii, prin reasigurarea copiilor că vor fi informați cu ceea ce se întâmplă şi consultați în legătură cu deciziile care vor trebui să fie luate. În situațiile în care grija de sine reprezintă o parte importantă şi esențială a programului de tratament, există motive pragmatice şi etice pentru a implica copilul. Nitschke şi colaboratorii (1982) prezintă cum copiii cu cancer terminal, în vârstă de numai 6 ani, sunt capabili să ia decizii cu privire la tratament şi sunt doritori să facă acest lucru.

În general, copiii trebuie implicați în activități care să-i ajute. Complexitatea emoțională și intelectuală a adolescenței justifică nevoia de a se implica în controlul propriilor experiențe, în stabilirea autonomiei și a sensului de apartenență. Chiar când veștile rele se referă la ei, copiii sunt de obicei dispuși să-i ajute pe ceilalți care sunt afectați. Implicarea copiilor nu este fără dificultate și, uneori, trebuie să fie ajutați să se implice în conformitate cu capacitățile lor și să nu-și stabilească angajamente mult prea mari. Speranța este un răspuns protectiv la veștile rele, o modalitate de a diminua intensitatea disperării și a pierderii suferite și permite unui copil să accepte gradual întreaga importanță a veștilor rele.

Chiar copiii care mor și care experimentează ceea ce pare a fi cea mai fără speranță situație, au speranță: *„Totdeauna există puțină speranță, chiar dacă nu pentru vindecare, ci pentru o ultimă dorință sau pentru o ultimă fază confortabilă, pentru o moarte liniștită.”* (Judd, 1993, p. 196). Sentimentul neajutorării poate fi depășit atunci când veștile rele sunt dezvăluite, iar speranța poate crește dând copilului o informație clară și onestă, vorbind cu el despre ajutor, spunându-i ce poate face pentru ajutor, discutând deschis despre speranță, ca și despre dezamăgire.

Să li se spună copiilor despre alții care s-au descurcat bine într-o situație similară poate fi de ajutor, dar poate de asemenea crește stresul, făcându-i să se gândească la ceea ce trebuie să facă ei înșiși. Tendința de a fi optimist sau pretenția de a discuta doar aspectele bune ale situației trebuie evitate. Strategia de a răspunde cu unele speranțe nerealiste, cu amintiri abrupte sau numai cu anumite părți din adevăr este totdeauna insensibilă și, de obicei, ineficientă. Copilului nu trebuie să i se dea o asigurare falsă, iar remarcile lui nu trebuie ignorate.

Copilul nu trebuie presat în speranță, dar nici nu trebuie negată oportunitatea de a diminua disperarea. Consistența veștilor rele ajută copilul să accepte realitatea lor și să aibă încredere în cei implicați. Acceptarea realității pierderii reprezintă primul pas în consiliere, fără de care celelalte scopuri ar rămâne nerealizate, iar durerea nerezolvată (Worden, 1991). Fără acceptarea realității veștilor rele, un copil nu va fi capabil să înceapă procesul de înțelegere a pierderilor. Onestitatea poate fi respectată fără a expune un copil detaliilor brutale. Este de preferat să se aleagă termeni mai puțin emoționanți sau supărători, ținându-se cont de faptul că eufemismele, ambiguitățile și subtilitățile produc confuzie și ele trebuie evitate.

Dacă veștile rele conțin incertitudini, acestea trebuie înțelese. Falsa reasigurare nu este de ajutor și nu contribuie la creșterea încrederii copilului în cei implicați. Promisiunile trebuie date cu prudență, iar cele încălcate diminuează încrederea copilului în adulți. Copiii recunosc asemenea discordanțe, care pot deveni o altă sursă de stres și motiv de îndoială și neîncredere în oameni. Atunci când se vorbește despre viitor nu pot fi ocolite angajamentele și, ca urmare, acestea

trebuie onorate. Orice circumstanțe care fac imposibilă o promisiune trebuie explicate cu grijă și în mod onest. Deseori, copiii pun aceeași întrebare unei persoane și chiar verifică răspunsurile, întrebând și alte persoane. Asemenea situații pot fi cruciale în stabilirea încrederii copilului în adulți. Acest lucru poate fi realizat printr-o comunicare bună, prin lucrul în echipă și prin informație consistentă.

Este dificilă menținerea unui răspuns onest și consistent în fața cererilor repetate ale copilului de a i se promite că veștile rele pot fi îndreptate, dar este posibil să i se ofere un răspuns de încredere, într-o modalitate corectă și sensibilă. Buckman a dat un exemplu despre cum se poate răspunde la întrebarea: *„Când mă voi face bine?"*. El sugerează un răspuns de genul: *„Dacă vom putea să te facem bine, o vom face"*. Acest răspuns îl va determina pe copil să întrebe: *„De ce nu poți să mă faci bine?"*, la care se poate răspunde: *„Uneori există lucruri pe care nimeni nu le poate ști cu exactitate."* (Buckman, 1988, p. 201).

Când un adult se simte incapabil să răspundă cu onestitate la întrebările copilului, va încerca să dea răspunsuri de genul: *„Îți voi spune într-o zi"* sau *„Ești mult prea mic pentru a înțelege"*, răspunsuri care trebuie evitate. Mult mai de ajutor este răspunsul: *„Văd că ești foarte îngrijorat și îmi pare rău că ești supărat. Cred că este important, dar este dificil să vorbim despre asta acum"*.

În asemenea circumstanțe este recomandabil să se sugereze reasigurarea că problema nu este amânată sau evitată. Una dintre cele mai dificile întrebări pe care copilul le pune adultului este: *„Am să mor?"*. De regulă, copiii nu pun direct asemenea întrebări dacă nu intuiesc deja adevărul și nu sunt pregătiți să-l audă (Pearson, 1983). Copiii cărora li s-a dat o informație onestă și consistentă, în special când verifică prin observațiile sau experiențele lor, sunt mult mai pregătiți să accepte realitatea veștilor rele și suferința, să testeze orice vină sau jenă, să experimenteze mult mai puține fantasme stresante.

Copiii vor reacționa oricând în timpul dezvăluirilor și un răspuns confortabil nu trebuie amânat. Când veștile rele sunt date, mesaje importante despre reacțiile apropiate copilului sunt inevitabile și, deseori, greșite.

Patru mesaje esențiale trebuie stabilite în lucrul cu copiii:

1. Nu există sentimente corecte sau greșite, nici măcar cele despre care copilul se poate simți rușinat/ culpabilizat.
2. Este de ajutor să-ți exprimi sentimentele.
3. Poți fi ajutat să lucrezi cu sentimentele.
4. Nu există modalități corecte sau greșite de exprimare a sentimentelor. Copiii au nevoie să fie protejați de propriile dureri/ răni.

Este dificil de prezis cum va reacționa un copil la veștile rele, dar este de ajutor să cunoaștem modalitățile în care un copil poate reacționa. Copiii pot exprima

o varietate de emoții la veștile rele: anxietate, teamă, furie, vinovăție, culpabilizare, tristețe, singurătate, negare, neîncredere, disperare etc. Unele reacții la veștile rele pot părea ciudate și nepotrivite, făcând dificilă orice atitudine suportivă din partea adulților. Unii copii minimalizează importanța veștilor rele, iar alții arată o oarecare ușurare la comunicarea acestora. Pentru un copil nu este neobișnuit să simtă simultan emoții diferite și chiar conflictuale.

Totuși, unele **sugestii despre cum poate reacționa un copil** în astfel de situații se pot obține luând în considerare:

- cum a reacționat copilul la pierderi sau evenimente stresante anterioare;
- personalitatea copilului;
- abilitatea copilului de a înțelege semnificația veștilor proaste;
- contextul și circumstanțele;
- relația copilului cu cei prezenți;
- etnia copilului;
- cultura și dinamica familiei de origine a copilului;
- felul în care va fi dată vestea.

Reacțiile specifice cer răspunsuri particulare, dar, indiferent de reacția copilului, aplicarea următoarelor **principii** poate fi de folos:

Prezența adultului alături de copil: prezența unui adult de încredere este suportivă în sine, iar contactul fizic oferă un confort la orice vârstă, deși unii copii mai mari ar putea să fie lăsați singuri și să iasă la plimbare sau să caute singurătatea în camera lor.

Acceptarea gândurilor și sentimentelor copilului. Copiii au nevoie să lucreze cu propriile sentimente, oricare ar fi acestea, iar oferirea acestei posibilități nu compromite siguranța lor sau a celorlalți.

Empatia. Copiii trebuie să știe că sentimentele lor sunt recunoscute, fără să fie întâmpinați de declarații care să implice cunoașterea exactă a modului în care simt. Afirmații empatice de genul: *„Văd că ești supărat; trebuie să fie foarte greu pentru tine."* pot să ajute în acest sens.

Împărtășirea sentimentelor. Exprimarea mutuală a gândurilor și sentimentelor contribuie la crearea unui mediu deschis și onest, în care copiii pot pune întrebări, pot vorbi despre anxietățile lor și își pot exprima gândurile și trăirile. Împărtășirea gândurilor și sentimentelor previne izolarea copiilor și le dă posibilitatea să ofere și să primească confort emoțional. Nu trebuie lăsați să încerce sentimente confuze sau să se simtă culpabilizați de ceea ce se întâmplă.

Încurajarea comunicării: toate principiile precedente pun accentul pe felul în care i se răspunde copilului. Poate nu este încă momentul potrivit pentru o analiză profundă a celor întâmplate sau pe cale de a se întâmpla, dar ajutorul poate fi oferit prin recunoașterea empatică a dificultăților existente și

prin provocarea la discuţii libere: *„Ai putea să-mi vorbeşti despre sentimentele tale?"*. Dacă răspunsul este negativ: *„Foarte bine, e-n regulă, putem vorbi oricând, mai târziu, dacă doreşti"*. Dacă răspunsul este pozitiv: *„Ce fel de sentimente ai?"*, *„Ce simţi tu?"*.

Sprijinul emoţional. Poate fi întotdeauna oferit prin întâmpinarea nevoilor şi dorinţelor particulare ale oricărui copil.

ÎNTREBĂRI ŞI PROVOCĂRI

1 Care sunt fazele durerii provocate de pierderi şi reacţiile comportamentale specifice copiilor?

2. Care sunt diferenţele între reacţiile la pierderi aşteptate şi cele la pierderi neaşteptate în cazul copiilor?

3. Revedeţi câteva modalităţi tehnice de a sprijini copilul în cazul comunicării veştilor rele. Ce reacţii anticipaţi în cazul în care chiar voi aţi putea fi cel care le comunică veştile?

4. Transpuneţi-vă în situaţia de a fi consilier pentru copii şi familii confruntate cu situaţii de pierdere. Exersaţi imaginativ respectiva situaţie. Observaţi-vă trăirile, senzaţiile corporale, imaginile care vă vin în minte şi gândurile care le însoţesc... Ce aţi aflat despre voi înşivă? Continuaţi cu un exerciţiu prin joc de rol, împreună cu un coleg, încercând să modelaţi experimental o situaţie posibilă de acest tip. Amintiţi-vă de propriile pierderi dureroase prin care aţi trecut. Conştientizaţi cum anume le-aţi făcut sau nu le-aţi făcut faţă... Autodezvăluiţi-vă în diade, apoi lucraţi în grupuri de câte patru persoane – un client, un terapeut, doi observatori, modelând un exerciţiu terapeutic prin joc de rol asistat. Observatorii vă vor da feed-back la sfârşitul secvenţei lucrative. Discutaţi între voi, despre modul în care aţi experimentat fiecare rol şi despre implicaţiile experienţei voastre de conştientizare în profesia de consilier sau terapeut, de acest tip.

CAPITOLUL XII

Psihoterapia durerii la adulți – elemente de psihotraumatologie

• Pierderea speranței de viață – terapia persoanelor cu tentativă suicidară sau care amenință cu suicidul

Există două tipuri de persoane: unele care amenință cu suicidul, iar altele care-l săvârșesc, unii care eșuează în tentativele lor de a se sinucide, iar alții care reușesc să-și ia viața, unii care prin actul suicidar încearcă să comunice ceva, iar alții care iau hotărârea fermă să moară.

Terapia cu o persoană care amenință cu suicidul sau cu o persoană care a avut o tentativă de suicid este foarte dificilă, deoarece o simplă eroare poate declanșa reacții atât de destabilizatoare și de stresante, încât persoana să comită suicidul.

De regulă este recomandată intervenția unui terapeut în cazul în care o persoană se află în **următoarele situații**:

a. a indicat că ar avea motive să comită suicidul;

b. este supărată în legătură cu ceva, se află într-un conflict, se simte confuză și frustrată;

c. și-a pierdut interesul și motivația pentru viață și pentru diferite acțiuni și simte că ar prefera să moară;

d. suferă de o boală incurabilă și afirmă că vrea să se sinucidă;

e. este stresată sau depresivă și se gândește la suicid;

f. a avut deja o tentativă de suicid și are în jur de 50-60 de ani. Se simte inutilă și fără scop și se gândește că nu mai are rost să trăiască;

g. în timpul unei terapii devine stresată, agitată și vorbește despre suicid sau are o tentativă de suicid.

• Abordări teoretice majore ale problemelor comportamentului suicidar

• Teoria intervenției în criză.

Persoana se află în criză, dar aceasta nu va dura pentru totdeauna. Esențial este să schimbe situația de mediu problematică. Persoana trebuie ajutată să-și rezolve

sau să-şi atenueze problemele de moment. Ea trebuie asigurată că există persoane pe care se poate baza.

• **Teoria psihodinamică.**

Impulsul suicidar este văzut ca reflectând un conflict intern, inconştient. Impulsurile agresive sunt întoarse către sine, existând dorinţa de a pedepsi în acest fel un alt personaj, transformat în simbol.

• **Teoria biochimică.**

Aceasta asociază persoana suicidară cu depresia. La un moment dat există o schimbare în balanţa biochimică a organismului, care afectează neurotransmiţătorii de monoamină şi reduc nivelul excitaţiei corticale. În cadrul sindromului premenstrual la femei s-a constatat că în această perioadă şi în prima fază a menstruaţiei sunt comise jumătate din tentativele de suicid. În acest caz, intervenţia psihoterapeutică trebuie să reechilibreze balanţa chimică a organismului.

• **Teoria cognitivă.**

Persoana suicidară interpretează evenimentele şi problemele interne şi externe în moduri ilogice, iraţionale şi negativiste. Ea se vede atât pe sine, cât şi viitorul, într-un mod negativ, lipsit de speranţă.

• **Teoria circumstanţială.**

Apariţia anumitor circumstanţe, cum ar fi pensionarea, singurătatea, boala, sentimentul de inutilitate sau bătrâneţe, poate duce la o stare depresivă şi la înclinaţii suicidare. Există şase **caracteristici ale persoanelor suicidare**:

- de obicei sistemul de luare a deciziilor şi de rezolvare a problemelor este deficitar;
- văd situaţiile de viaţă prin care trec ca fiind lipsite de speranţă;
- au multe distorsiuni cognitive în ceea ce priveşte Sinele, pe ceilalţi şi viitorul;
- au un mod de gândire rigid şi dihotomic;
- au pierdut controlul propriei persoane, nu mai au sens şi consideră suicidul ca o soluţie dezirabilă;
- au pierdut simţul valorii personale şi sunt izolaţi.

• Structura unui program de terapie scurtă contextual-modulară la pacienţii cu risc suicidar

Urmărind aceste şase caracteristici descrise, **Francis Macnab (1991) a construit un modul de terapie scurtă, adaptat pentru fiecare persoană şi circumstanţă.** El şi-a denumit psihoterapia **„contextual-modulară"**. Este recomandabil, în general, ca cele şase sesiuni (pe care se bazează această terapie) să fie aplicate cu pauze de o săptămână, pentru a permite asimilarea şi reordonarea informaţiilor. Durata intervenţiei este, aşadar, de cca. 6 săptămâni.

Sesiunea I

a. explorarea factorilor care au dus la decizia de suicid;

b. evaluare;

c. formarea unei alianțe vitalizante;

d. posibilități de a schimba evaluarea.

În această secțiune, în care se evaluează viziunea despre sine și ceilalți, despre evenimente și lume, terapeutul încurajează pacientul să se considere **persoana-cheie** în sistemul său de suport. El îi explică pacientului că una din cauzele deprimării sale este anxietatea. În acest sens, terapeutul îl învață pe pacient primul exercițiu din «trainingul» autogen – tehnică de autorelaxare după Schultz.

Sesiunea II

a. pacientul învață să-și domine anxietatea;

b. explorarea anxietății, cât și posibilitatea de a-și exterioriza emoțiile asociate cu anxietatea (*„Ce simți când ești neliniștit?", „Cum te manifești?", „Ce gândești?", „Ce-ți trece prin minte?"* – sunt câteva din întrebările-ghid).

Anxietatea pacientului este deseori accentuată de o gândire rigidă și distorsionată. Pacientul este învățat să folosească imageria și relaxarea.

Sesiunea III

În cadrul dialogului terapeutic:

a. se caută **originile** mâniei și ostilității;

b. se caută **obiectul** mâniei și ostilității;

c. se caută să se dezvolte **controlul** mâniei și ostilității;

d. se continuă practica relaxării și imageriei și conștientizarea unor temeri nerecunoscute până în prezent;

e. se încearcă învățarea pacientului să experimenteze **durerea** și **pierderea** sau **umilința** fără a fi autodistructiv.

Sesiunea IV

a. se începe reconstrucția cognitivă referitoare la Sine, trecut, prezent și viitor și se încearcă a se interioriza idei, fraze de genul: „O să înfrâng acest obstacol și voi trăi";

b. se argumentează și se acceptă ideea că suicidul este o cale greșită de a reacționa în criză;

c. se stimulează imageria pe tema succesului;

d. se identifică și se exteriorizează problemele.

Sesiunea V

a. pacientul este încurajat să se vadă în centrul evenimentelor, este întrebat ce face el acum, ce speră să facă și ce speră să fie;

b. este ajutat să conştientizeze sensul gestului său suicidar şi să experimenteze suportarea durerii. *„Eşti stăpânit de teamă, de impulsul tău distructiv. Oamenii vor veni şi te vor găsi mort. Ce încerci de fapt să faci sau să le spui prin gestul tău? Ce încerci de fapt să-ţi faci ţie însuţi?* ***Încearcă să experimentezi durerea****, alţii au făcut aşa, tu încerci mereu să fugi.* ***Spune-ţi ţie însuţi că vei găsi în tine puterea*** *de a trece peste asta, cu puţin ajutor din partea mea*";

c. pacientul învaţă noi modalităţi adaptative, pozitive, noi atitudini;

d. se foloseşte în continuare imageria pentru a crea situaţia de confort psihologic.

Sesiunea VI

a. pacientului **i se explică importanţa prietenilor**, dar şi **a singurătăţii**, care permit **acceptarea şi afirmarea de sine şi reorganizarea resurselor interne**;

b. se reconstruieşte **imaginea propriei persoane ca fiind eficace şi demnă**;

c. se recapitulează celelalte achiziţii anterioare;

d. se acordă mai multă importanţă mecanismelor de control şi de suport al Sinelui, creării de căi mai eficace în a stăpâni crizele şi evenimentele dureroase şi se întăreşte sistemul de credinţe şi comportamentul pacientului.

Aproximativ 11-17% dintre depresivi comit suicid, iar suicidul este considerat un factor care apare foarte frecvent drept cauză a mortalităţii tinerilor din ţările industrializate. Trebuie precizat că în tulburările depresive farmacoterapia (ca tratament principal), se poate asocia cu psihoterapia suportivă, existenţială, psihoterapia analitică, psihoterapia cognitivă şi altele, iar în cazul unor tulburări de intensitate psihotică – cu terapie electroconvulsivă.

Psihoterapia suportivă se aplică în 90% dintre cazuri şi are ca scop reducerea anxietăţii pacientului, arătându-i-se înţelegere şi simpatie şi deschizându-se drum modalităţilor prin care îşi poate rezolva problemele.

Este importantă relaţia cu familia pacientului, pentru că ea trebuie să-l susţină din punct de vedere psihic. De asemenea, pacientul trebuie informat despre alte organizaţii sau grupuri existente, care au probleme similare cu problemele lui.

Farmacoterapia constă în principal în administrarea de medicamente antidepresive şi este apanajul în exclusivitate al medicului psihiatru, coordonatorul echipei recuperatorii. Tipul medicamentului antidepresiv este ales în funcţie de specificul pacientului. Există depresii în care pacientul este anxios (mai ales în rândul bătrânilor) şi depresii în care pacientul este apatic. La pacienţii unde există riscul suicidar este foarte important ca medicamentul să aibă o toxicitate foarte redusă.

Concluzia tuturor celor prezentate este faptul că tentativa de suicid poate fi **prevenită** printr-o psihoterapie adecvată şi bine structurată. Acest lucru reprezintă de fapt scopul unui psihoterapeut, care este atât de necesar în perioada dificilă din ultimii ani, când starea de anomie şi pauperizare continuă au dus, alături de alte cauze, la creşterea frecvenţei fenomenului suicidar în rândul populaţiei, atât adulte cât şi tinere.

Organizarea de programe concrete şi susţinute de terapie suportivă în cadrul clinicilor sau al unor centre special create ar aduce, credem, o rază de speranţă pentru viitorul atâtor indivizi dezorientaţi, uneori chiar disperaţi, aflaţi pe punctul de a lua decizii ireparabile, cum este de altfel decizia de suicid. Pentru aceasta ar trebui, fireşte, atât fonduri pentru creşterea şi echiparea unor cabinete adecvate, cât şi timp pentru pregătirea unor consilieri, psihoterapeuţi specializaţi în domeniu.

- **Psihoterapia centrată pe trauma violului –intervenţia în situaţie de criză şi durere multiplă**

Asaltarea, agresarea sau invadarea unei alte persoane este destabilizatoare şi provoacă un grad ridicat de stres. Studiile arată că uneori este nevoie de o repetare a procesului terapeutic pentru a se ajunge la vindecare psihică. Am optat pentru exemplificarea modului în care poate fi derulat, în primă fază, un program de psihoterapie centrat pe trauma violului, tot prin terapia contextual-modulară a lui Francis Nacnab, pentru valenţele sale didactice şi claritatea ghidajului metodologic.

Scopul acestui modul practicat de către Fr. Macnab (1991, p. 178) este acela de a reduce timpul suferinţei, stabilizarea reechilibrării, conştientizarea simptomelor şi creşterea controlului asupra acestor simptome atunci când ele reapar. Modulul este format, de asemenea, din şase sesiuni.

Premise teoretice în abordarea cazului:

- criza este precipitată de „invazia" unei alte persoane;

- victimele violului recunosc patru faze ale răspunsului psihologic:

a. *în timp ce „invazia"/asaltul are loc;*
b. *imediat după aceea;*
c. *în diverse momente, pe o perioadă lungă de timp, după comiterea violului;*
d. *amintiri, asumpţii şi conştientizări despre ceea ce era înainte de criză, comparativ cu percepţia de sine după criză.*

De obicei, o persoană care trece printr-o asemenea situație critică este surprinsă total nepregătită. Cu siguranță a auzit vorbindu-se despre periculozitate, dar, de această dată, este victima unei astfel de situații. Poate că niciodată nu s-a gândit că ar putea fi obiectul unei astfel de întâmplări nefericite.

Este din ce în ce mai tolerată și mai acceptată la nivelul opiniei publice ideea conform căreia, într-o societate normală, asemenea evenimente sunt inevitabile. Violul în sine este o grotescă și violentă crimă împotriva unei femei, perpetuând nu numai pe moment teroare și suferință, ci posibil pe termen lung durere fizică și psihică. Violul nu reprezintă doar un act agresiv din partea unui bărbat împotriva unei femei, ci și o reflecție a puterii bărbatului în societate comparativ cu vulnerabilitatea femeii. Este o invazie sexuală, o violență fără scuze. Violatorul adesea rămâne nepedepsit și nu se produce integrarea lui într-un program de tratament.

Victima este adesea victimizată în trei situații: în primul rând în timpul actului, în al doilea rând de către poliție și de către sistemul medical și, în al treilea rând, de teama ofenselor din partea prietenilor și de multe alte anxietăți și ruminații care persistă în timp.

De regulă, victimele violului se simt copleșite și fără resurse interioare de a depăși acest moment. Sunt invadate de teamă și panică, se simt murdărite din punct de vedere fizic și psihic, cufundate într-o bulversare mentală și socială.

Factori care fac victima de o vulnerabilitate particulară: locuiește singură, nu are un sistem de siguranță adecvat al locuinței, lucrează până noaptea târziu și se reîntoarce singură într-o casă pustie. Pe de altă parte, poate fi vulnerabilă prin lipsa resurselor personale, a unei bune percepții și a gândirii practice/ concrete.

Așadar, **vulnerabilitatea operează la câteva niveluri**:

a. lipsa banilor și, implicit, lipsa unei protecții adecvate;
b. vulnerabilitatea psihologică;
c. reacții exagerate.

Revenirea, vindecarea, trebuie să contracareze **blamul de sine, auto-criticismul și auto-discriminarea.** Este normal să se reacționeze printr-o dezorganizare mentală și socială dar, în timp, este necesar **să se prevină** instalarea unor **efecte patologice**: lipsa dorinței sexuale, depresia, retragerea socială etc.

• Derularea procesului terapeutic al traumei produsă de abuzul fizic și/sau sexual

În prima sesiune terapeutică este esențială **stabilirea scopurilor terapeutice**, pornind de la **evaluarea atentă** a victimei:

- caracteristici ale personalității înainte de criză: capacitățile de a depăși o criză, prezența unor atitudini și comportamente nevrotice, psihotice,

alcoolism, abuz de drog, handicap mental;

- caracteristici ale personalității în timpul crizei: imagine de sine, vulnerabilități, resurse psihice (atitudine, filosofie etc.);
- stresori de viață: stres economic, dezorganizare familială, evenimente de viață nedorite și stresante, schimbări de viață;
- suport social: disponibilitatea și calitatea relațiilor, reacțiile acestora în interiorul rețelei de sprijin, percepția sistemelor de suport social;
- factori demografici: vârstă, rasă, status marital, religiozitate, șomaj, status social, locul rezidenței, stil de viață.

Există și câțiva **factori care pot împiedica o refacere/ vindecare rapidă a stării de sănătate a victimei**: stres financiar, gradul violenței suferite, asalturi multiple, complicații medicale, alte probleme cu poliția, lipsa suportului social adecvat etc.

Derularea programului de intervenție scurtă, după F. Macnab este următoarea:

Sesiunea I

1. **Întâlnire – observare atentă**.
2. **Empatie**.
3. **Angajare – sensibilitatea și stabilitatea** sunt vitale în asigurarea persoanei că ceea ce ea caută (un mediu sigur în care poate dezvălui criza) există deja.
4. **Explorare**. Urmărește următoarele **repere în dialogul de evaluare preterapeutic:**

a. Persoana este încurajată să relateze detaliile asaltului – când s-a întâmplat, cum s-a întâmplat, natura asaltului, evenimentele imediat după aceea, reacțiile sale.

b. Evaluările persoanei în ceea ce privește violența implicată, modul în care percepe agresiunea (folosirea armelor, amenințări, numărul atacatorilor, tipul de viol, complicații medicale); distincția dintre violență și amenințare.

c. Persoana descrie orice acțiune (polițienească, medicală, familială, agenții sociale) care a avut loc după asalt. Evaluarea tuturor acestor contacte.

d. Persoana este încurajată să evalueze dacă și cum asaltul ar fi putut fi prevenit:

- erorile și greșelile comise;
- acțiunile posibile;
- blamul de sine și învinuirea de sine.

e. Persoana este încurajată să evalueze:

- stresul dinaintea crizei și capacitatea sa de cooperare „aici și acum";

- resursele de adaptare, stima de sine, filosofia proprie, valorile personale;
- grupurile de suport efectiv disponibile şi relaţionările securizante (reţeaua de suport social);
- atitudinile faţă de crize, faţă de sine, faţă de viitor şi faţă de lume.

f. O inventariere a factorilor maritali, sociali, status profesional, educaţie, religie şi alţii, care pot fi relevanţi pentru capacităţile ei de a face faţă statutului de victimă.

g. O inventariere a statusului psihosocial al persoanei:

- anterior crizei, cât de mult este posibil;
- după situaţia de criză;
- în contextul altor stresori care ar putea-o expune din trecut;
- în contextul altor stresori actuali.

h. Prin ce modalităţi încearcă să facă faţă stresului (fumat, droguri, alcool, excese alimentare, somn, relaxare, meditaţie, resurse cognitive, filosofie, valori, religie)?

i. O identificare a simptomelor:

- natura simptomelor (panică, coşmaruri, facies care exprimă disperare etc.);
- durata;
- repetarea (frecvenţa);
- răspunsurile la încercările variate de a le schimba;
- modalităţile în care se fac anunţate;
- evaluarea condiţiilor secundare (fizice, psihologice şi sociale).

5. Intervenţie terapeutică.

După ce s-au parcurs etapele evaluatorii ale acestei prime sesiuni, urmează intervenţia terapeutică propriu-zisă. Spre exemplu, acum este făcută distincţia între criză şi informaţiile stocate sub formă de amintiri. O distincţie va fi făcută între **ceea ce s-a întâmplat şi ceea ce putea să se întâmple** sau **ceea ce ar putea să se mai întâmple**. Persoana poate să se obişnuiască treptat cu evenimentul, care va fi „activat" în mod spontan, în diverse momente şi situaţii, fără ca încă să fie sub control.

Unele proceduri simple pot ajuta la stabilirea echilibrului. Spre exemplu, seara înainte de culcare se poate asculta o muzică terapeutică.

Implicarea responsabilă şi participativă:

Persoana este încurajată să recunoască şi să accepte faptul că **terapia este un proces colaborativ de declanşare a resurselor interioare şi realizare a stabilizării**, de conştientizare a tendinţei la regresie, a dorinţelor magice etc. Terapia este un **proces de redobândire a controlului, care va continua şi după celelalte cinci sesiuni care urmează.**

Sesiunea II

Sesiunea secundă ajută persoana să ***clarifice*** *câteva sentimente şi să* ***recunoască*** *modalităţile de a beneficia de pe urma stabilizării situaţiei de control a sentimentelor. Majoritatea victimelor violului vin la terapie cu o sumă de traume. Vor ca imediat să poată controla aceste situaţii şi să le integreze în experienţele lor.*

Sesiunea începe cu procesul ***de conştientizare a sentimentelor şi afectelor, confruntându-le şi obţinând controlul*** *asupra lor. Repere de abordat:*

• Există un gen de anxietate care înconjoară **miturile violului** în cultura noastră. O victimă a violului se confruntă cu următoarele mituri:

a. femeile precipită sau provoacă violul;
b. femeile caută în secret această formă de dominare sexuală;
c. numai femeile promiscue sunt violate;
d. orice femeie poate opri un viol dacă într-adevăr îşi doreşte acest lucru;
e. orice femeie violată este de respins;
f. femeile deseori falsifică povestea violului lor, ca şi acuzaţiile;
g. numai bărbaţii bolnavi violează;
h. dacă o femeie este violată, înseamnă că ceva în neregulă s-a întâmplat cu ea la început.

• Anxietatea victimei este prezentă în legătură cu tot ceea ce crede despre lume, scepticism în legătura cu viaţa şi Dumnezeu, cu regulile vieţii şi cu relaţiile umane.

• Anxietatea este prezentă la victimă în legătură cu modul în care vor reacţiona oamenii; cum vor adopta miturile în legătură cu violul şi rejecţia celei violate; ce tip de suport va primi în vederea depăşirii traumei.

• Anxietatea este prezentă în:

- reevaluarea rolului şi a ceea ce înseamnă să fii femeie;
- luarea în considerare a câtorva tipuri de alienări şi izolări;
- adoptarea unei noi şi uzuale definiţii negative despre sine.

• Anxietatea poate fi în legătură cu sentimentele de nefericire, neputinţă, blamul de sine, pierderi şi teama că anumite sentimente mult mai tragice vor erupe, cărora nu le va putea face faţă. Apare un sentiment puternic al lipsei de ajutor.

• Anxietatea poate fi în legătură cu repetarea traumei, amintirilor dureroase, cu aşteptarea unei uşurări şi compensaţii, precum şi cu nevoia de stăpânire a situaţiei.

• Anxietatea poate fi în legătură cu repetarea vizitelor, identitatea atacatorilor, o vizită a altor atacatori, conştientizarea mişcărilor şi a umbrelor.

• Anxietatea victimei poate fi determinată de şase categorii de factori:

- miturile culturale;
- lumea înconjurătoare;
- alte persoane;
- Sinele;
- trauma şi amintirile ei;
- atacatorul.

Momentele de bază ale sesiunii sunt:

1. **Întâlnire – empatie – angajare**.
2. **Evaluarea prin identificarea**:
   a. reacţiilor la sesiunea trecută;
   b. nivelurilor de control;
   c. progresului din prima sesiune.
3. **Tranziţia la lucrul asupra anxietăţii**:
   - managementul tipurilor de temeri;
   - procesul de obţinere a controlului asupra acestor anxietăţi şi asupra comportamentului.

Persoana este încurajată să descrie temerile proprii şi să înceapă de acolo de unde doreşte să înceapă.

4. **Terapia**.

Terapeutul poate ajuta persoana **să recunoască** diferitele categorii de frici care o afectează şi să recunoască anxietatea care înconjoară fricile. Se procedează la o examinare a modalităţilor eficiente sau ineficiente de a face faţă variatelor tipuri de anxietate.

Asigurările sunt date în legătură cu direcţiile de recunoaştere şi conştientizare, control şi reglare, mobilizare a resurselor pozitive, o restabilizare a stării emoţionale şi un mai bun management al anxietăţii.

5. **Continuarea muncii terapeutice**.

Persoana este încurajată să recunoască modalităţile de control a anxietăţii. Se monitorizează anxietatea, intensitatea, modalităţile de generalizare şi intervenţiile asupra ei.

6. **Este dată reasigurarea în legătură cu colaborarea în terapie, dobândirea controlului asupra Sinelui**.

Sesiunea III

Accentul principal al sesiunii se va pune pe **stabilitatea emoţională** şi **pe dobândirea controlului**. O atenţie particulară va fi dată sentimentelor de violare şi prejudiciu, sensului demoralizării şi neajutorării, pierderii stimei de sine, blamului de sine şi furiei.

1. **Întâlnire – empatie – angajare**.

2. **Identificarea elementelor de progres şi a reacţiilor la sesiunea anterioară**.

3. **Tranziţia**:

„Astăzi vreau să vorbeşti despre sentimentele tale:

- sentimentele din tine însăţi;

- sentimentele faţă de tine însăţi;

- sentimentele faţă de alţi oameni;

- sentimentele faţă de atacatorul tău;

- sentimente faţă de lume.

Uneori aceste sentimente sunt atât de puternice, încât ne speriem de intensitatea lor, alteori dorim să le punem deoparte şi să mergem mai departe în viaţă..."

4. **Terapia**:

a. Identificarea tuturor sentimentelor. Cum sunt exprimate aceste sentimente. Cum se generalizează de la unul la celălalt, cum trec unele în altele.

b. Relaţia persoanei cu sentimentele dinainte de criză.

c. Cum îşi imaginează persoana viitorul în relaţie cu sentimentele ei şi cu modul în care se simte ca persoană.

d. Lucrul cu evenimentele trecute (cât de persistente sunt şi ce capacitate de influenţare au). Cum poate fi înfrântă această putere de influenţă a trecutului.

e. Încurajarea obţinerii controlului sentimentelor şi reconstrucţia Sinelui.

5. **Continuarea muncii terapeutice**. Se foloseşte ca adjuvant o **procedură de relaxare cu auto-hipnoză**.

a. Relaxarea este concentrată spre acceptarea şi construirea controlului anxietăţii şi a stărilor de dispoziţie pozitivă.

b. Auto-sugestie pozitivă pentru reconstrucţia stimei de sine, bunelor sentimente despre sine, imaginii pozitive despre eficacitate şi control.

Sesiunea IV

Această sesiune se ocupă cu **reorganizarea cognitivă şi reconstrucţia**. Aproape întotdeauna mânia şi intensitatea răspunsului sunt date de semnificaţia care se acordă violului, relaţionărilor şi lumii înconjurătoare.

1. **Întâlnire – empatie – angajare**.

2. **Identificare: monitorizarea progresului făcut prin relaxare, autosugestie şi imagerie.**

3. **Tranziţia la reconstrucţie şi reorganizare**.

Este important să facem distincţia dintre ceea ce este evenimentul şi înţelesul pe care continuă să i-l acorde. Uneori victima se simte copleşită de sentimentele despre eveniment, care se menţin din cauza faptului că, de cele mai multe ori, ea acordă o semnificaţie distorsionată evenimentului.

4. **Terapia**:

a. Implicarea învățării directe: eveniment - modul în care este perceput - interpretarea dată - răspunsul emoțional - răspunsul comportamental.

b. Distincția dintre rezolvarea problemei și rezolvarea emoțiilor.

c. Distincția dintre evenimentul actual și teama de a reveni; modalitatea de tratare; cum să izolăm un eveniment de efectele acestuia.

d. Modalitățile diferite de a percepe un eveniment: interpretare, discuții, reorganizare, răspuns emoțional și răspuns comportamental.

e. Reconstrucția practică a răspunsului.

f. Conștientizarea nevoii de control asupra trecutului prin controlul emoțional și comportamental. Recunoașterea evenimentelor și semnelor care provoacă stres. Învățarea strategiilor de prevenție.

g. Conștientizarea stimei de sine și a procedurilor de creștere a acesteia.

5. **Continuarea muncii terapeutice și acasă**:

a. autorelaxare și imagerie;

b. practicarea reconstrucției cognitive;

c. folosirea unui jurnal pentru a nota experiențele din timpul folosirii tehnicilor (a) și (b).

6. **Acordarea asigurărilor adecvate.**

Sesiunea V

Această sesiune se axează asupra **amintirilor dureroase**, efectul acestora asupra comportamentului și simptomatologia rezultată. Se centrează dialogul pe trauma rezultată, cooperarea cu amintirile, răspunsul afectiv și comportamental la aceste amintiri, distorsiunile de memorie, provocările apărute.

1. **Întâlnire – empatie – înscriere**.

2. **Identificare**:

Încurajarea dezvoltării relaxării și procedurilor de imagerie și evaluarea progresului realizat în reorganizarea cognitivă și reconstrucție.

3. **Tranziția la managementul distresului și distorsionărilor cognitive**.

Se analizează sentimentele provocate de către traumă. Scopul nostru este de a reduce puterea memoriei negative. Nu avem altă soluție decât aceasta. Putem reorganiza și rearanja amintirile legate de eveniment.

4. **Terapia**:

a. Persoana este încurajată să intre într-o stare relaxată, într-o transă simplă.

b. Este rugată să retraverseze memoria, în timp ce terapeutul vorbește memoriei, folosind limbajul metaforei și imageria.

c. Apoi persoana este încurajată „să vadă" memoria ca o mobilă într-o cameră, copacii din parc, florile din grădină, picturile unei galerii. Este încurajată mai apoi să rearanjeze memoria, să o facă în mod diferit, să o plaseze într-un context diferit. Se foloseşte metafora pentru a reoperaţionaliza amintirile, în mod indirect.

d. În timp ce terapeutul vorbeşte, îşi va schimba tonul vocii pentru a induce sugestiv rearanjarea memoriei.

e. Se apelează la anumite sugestii de genul *„Ar fi bine dacă..?"* Se dau sugestii constructive: *„Vei începe să vezi cum memoria ta... Vei începe să gândeşti mult mai bine despre tine... Vei vedea cum toate acestea se vor fixa puternic în mintea ta... Vei fi mai capabilă să devii o altă persoană."*

f. Se ia o pauză. În relaxare, i se sugerează progresele obţinute.

5. Continuarea muncii terapeutice şi acasă

a. practicarea relaxării şi imageriei pozitive;

b. conştientizarea creşterii de sine;

c. identificarea capacităţilor interne şi externe şi a resurselor care pot conduce la o reaşezare pozitivă şi la maturizare.

6. Se dau reasigurări adecvate.

Sesiunea VI

Se focalizează pe **resursele** personalităţii clientei, resursele disponibile din partea grupurilor de suport, resursele culturale pe care le simte ca fiind relevante (literatura, filosofia şi religia). Această sesiune ajută la **evaluarea resurselor,** a **organizării auto-managementului şi la creşterea bunăstării emoţionale**.

1. Întâlnire – empatie – angajare.

2. Identificarea progreselor.

3. Tranziţie:

Conştientizarea modului în care resursele pot fi mobilizate în creşterea bunăstării psihologice. Stabilirea modului în care fiecare sesiune determină noi resurse şi noi strategii disponibile persoanei. Preocuparea pentru folosirea acestor resurse.

4. Derularea terapiei

a. Identificarea resurselor interioare, conştientizarea puterii psihice disponibile pentru o perioadă de timp. Stabilirea modalităţilor în care pot fi mai eficiente.

b. Identificarea şi evaluarea relaţiilor importante şi a grupurilor de suport.

c. Reevaluarea resurselor în contextul experienţelor trecute, circumstanţelor prezente şi perspectivelor viitorului, filosofia de viaţă şi viziunea asupra lumii.

d. Identificarea semnelor, resurselor şi strategiilor unui automanagement mult mai eficient.

5. Continuarea muncii terapeutice

a. Stabilirea a ceea ce s-a învăţat prin parcurgerea acestui modul.

b. Încurajarea resurselor şi a mediului să fie mult mai suportiv.

c. Reorganizarea nevoilor reîntoarcerii la terapie din când în când sau atunci când resursele interioare şi exterioare sunt depăşite de revenirea simptomelor.

d. Acceptanţă – cooperarea cu nevoia de a primi suport psihoterapeutic în mod regulat.

6. Reasigurări.

Interpretarea rolului terapeutic şi a relaţionării terapeutice în timpul celor şase sesiuni ale modulului şi natura rolului şi relaţionării din viitoarele întâlniri.

7. Concluziile de final. „Rămas bun..."

Metoda modulară a lui Francis Macnab centrată pe trauma violului rămâne deschisă în timp, neexcluzând revenirea clientei pentru consolidarea efectelor pozitive sau prevenirea unor noi răspunsuri emoţionale neadecvate.

• Psihoterapia în situaţii de mutilare prin combustie

Durerea fizică şi psihică reprezintă cea mai severă experienţă îndurată de **pacientul ars**. În acest caz, durerea este definită ca „o situaţie particulară, dezagreabilă, însoţită de o serie de fenomene somato-vegetative, reflexe şi o coloratură psihoafectivă negativă determinată de acţiunea unor stimuli nocivi asupra receptorilor specifici (sau asupra oricăror receptori, dacă depăşeşte un anumit prag de intensitate şi durată)" (Iamandescu, 1996).

Intensitatea durerii depinde de o serie de factori: extinderea şi profunzimea arsurii, stadiul de însănătoşire, vârsta şi etapa de dezvoltare emoţională, cogniţie, responsivitatea la analgezice, pragul durerii, factori interpersonali şi culturali. ***În cazul mutilării prin combustie, imaginea de sine suportă severe distorsiuni.***

• Strategii de prevenire a durerii

Cea mai uzuală strategie de prevenire a durerii fizice este, din păcate, administrarea medicamentelor antialgice. Aceasta este considerată una dintre nevoile de bază în centrele de tratare a bolnavilor arşi. Administrarea lor se bazează pe manifestările comportamentale ale pacientului, verbale sau nonverbale.

Pentru evitarea efectelor secundare ale administrării medicamentelor, dar şi pentru ameliorarea durerii psihice, în ultima vreme s-a manifestat interesul pentru abordări psihoterapeutice asociate chimioterapiei. În acest scop, s-a recurs la tehnici psihoterapeutice cognitive, comportamentale, relaxare şi hipnoză, terapie ocupaţională.

• **Tehnici psihoterapeutice cognitive**

O tehnică potrivită este considerată a fi aceea de **restructurare a gândurilor**. Premisa terapiilor cognitive este aceea că gândurile negative pot fi tratate drept conduite care, atunci când sunt modificate, pot avea un impact pozitiv asupra emoţiilor rezultate. Pacientul ars are anumite cogniţii eronate despre procedurile medicale şi durerea pe care o suferă în timpul tratamentului. Prezintă, în general, reacţii comportamentale bazate pe evitarea evenimentelor nocive. Identificarea şi modificarea gândurilor negative şi distorsionate ale pacientului poate avea un impact pozitiv asupra experienţei sale afective.

Oamenii, de obicei, abordează procedeele medicale neplăcute printr-una din cele două reacţii cognitive generale: ori sunt tipic evitanţi şi doresc să ştie cât mai puţin despre procedură, ori sunt sensibili şi reclamă cât mai multe informaţii posibile despre ce vor experimenta. În consecinţă, strategiile cognitive se împart şi ele în două categorii care, în mare, corespund stilului cognitiv al pacientului:

a. Dacă avem de-a face cu un pacient evitant, îl vom ajuta să-şi concentreze atenţia în altă parte, pentru distragerea de la evenimentele neplăcute. Astfel, în timpul procedurilor, el poate fi angajat într-o discuţie, poate viziona o emisiune televizată sau audia un program la radio etc.

b. O altă categorie de tehnici se aplică în cazul pacientului care are nevoie de **vigilenţă** în timpul procedurii medicale. Acesta va fi încurajat să se concentreze asupra senzaţiei de durere, astfel încât să se realizeze prin focalizare o disociere în experienţa sa despre durere. Dacă s-a concentrat destul de mult, senzaţia de durere poate fi privită ca o senzaţie de arsură, ca un „sentiment îngrozitor" (Browne, 1995, apud P. Constantin, 1997). Pacientul devine astfel „martorul" conştient al durerii sale, ceea ce îi creează premisa acceptării şi controlului acesteia. El renunţă la a se mai identifica de fapt cu durerea.

O altă aplicaţie simplă, dar importantă, a tehnicii de restructurare a gândurilor e aceea de a ajuta pacientul să **reinterpreteze sensul durerii**. Explicându-i că prezenţa durerii dovedeşte că arsura nu este severă şi că sensibilitatea crescută se datorează apariţiei unor muguri de ţesut epitelial – semn de vindecare, îi dăm acestuia posibilitatea de a interpreta propria experienţă într-o lumină pozitivă.

Informarea prealabilă a pacientului despre procedurile la care va fi supus şi senzaţiile pe care le poate trăi în timpul desfăşurării actului medical este o altă tehnică ce poate contribui la reducerea durerii şi anxietăţii bolnavului. Ca şi în cazul altor forme de intervenţie cognitivă, aceasta va fi adaptată stilului cognitiv al pacientului. Există pacienţi care nu vor să ştie nimic despre procedurile iminente, în timp ce alţii vor cere detalii suplimentare. Cel mai simplu mijloc de a afla utilitatea tehnicii este de a întreba pacientul cât de mult vrea să ştie.

• **Psihoterapia comportamentală**

Există două categorii de intervenție comportamentală: clasică și operantă.

a. Aplicarea **condiționării clasice** în controlul durerii înseamnă conceptualizarea procedeelor de îngrijire ca stimuli pentru durere și anxietate, urmată de cuplarea răspunsurilor de relaxare în prezența acestor stimuli.

b. **Condiționarea operantă** are câteva aplicații caracteristice în tratamentul durerii la bolnavii arși.

Una dintre ele se referă la cazul în care comportamentul pacientului este mai pronunțat decât cel anticipat. Printre factorii care contribuie la o astfel de manifestare se înscriu influențele culturale, dependența emoțională, anxietatea și comportamentul-răspuns la administrarea medicamentelor. Durerea va fi înțeleasă ca o problemă pe termen lung, dar și pe termen scurt. Se va planifica în acest scop administrarea analgezicelor la intervale fixe, tratându-se atât durerea de fond, cât și cea de procedură. În același timp, se va oferi ajutor pentru limitarea durerii excesive printr-o strategie de întărire, în care se ignoră manifestările comportamentului de durere și se urmăresc comportamente mai adaptative.

O altă situație este aceea a prevederii unor perioade de odihnă pe durata tratării plăgilor. Este probabil ca pacienții să-și extindă aceste comportamente, deoarece uneori pot scăpa procedurilor ca rezultat al manifestărilor de durere. De aceea, o alternativă preferabilă e aceea de a permite pacientului să aibă perioade de odihnă înainte de a manifesta comportamentul de durere pe intervale de timp fixate (Browne, 1995, idem, op. cit.).

• **Tehnicile de relaxare**

La ora actuală, în multe țări ale lumii se manifestă un interes crescut pentru tehnicile de relaxare. **Relaxarea** reprezintă, în sens restrâns, o tehnică psihoterapeutică și autoformativă, care urmărește realizarea unei decontracții musculare și nervoase, având ca efect un repaus cât mai eficient, economisirea energiei fizice și psihice, creșterea rezistenței la stres și diminuarea efectelor negative ale stresului deja instalat (Irina Holdevici, 1995).

Toate metodele de relaxare presupun însă un anumit antrenament, o perioadă de învățare înainte de a deveni un bun al subiectului. Deși, în mod potențial, aceste tehnici pot fi folosite în cazul unor pacienți, ele nu corespund prea bine situației bolnavului ars, natura tratamentului implicând prea multe surse de distragere atât pentru pacient, cât și pentru terapeut.

În mod tipic, pacienții oscilează între o multitudine de emoții sub influența factorilor farmacologici, fiziologici și de mediu. În aceste condiții, o metodă de relaxare eficientă, scurtă (spre exemplu, exerciții de respirație) poate fi mai folositoare decât intervențiile de relaxare prelungite.

Hipnoza, ca şi relaxarea, este o stare modificată de conştiinţă (Irina Holdevici, 1995). Mulţi autori o consideră o stare de relaxare profundă. La bază se află sugestia prin intermediul căreia se acţionează asupra indivizilor aflaţi fie în stare de veghe, fie în stare de relaxare. Hipnoza poate fi folosită înaintea începerii unor proceduri medicale dureroase (spre exemplu, schimbarea pansamentului).

S-a pus întrebarea dacă există un tip de comportament sau de personalitate predispozante la durere, dar nu s-a putut da un răspuns tranşant. Este sigur însă că **percepţia durerii este diferită de la un individ la altul**, ca şi răsunetul afectiv al acesteia şi, secundar, comportamentul prilejuit de ea. Ele pot determina modificări de ordin psihic manifestate prin depresie, insomnie, astenie, disperare, stres psihic, nevoie de dependenţă etc. De aceea, tratarea durerii este una dintre urgenţele în tratamentul bolnavilor arşi.

• Terapia fizică şi ocupaţională

Terapia fizică şi ocupaţională îşi propune să contribuie la recuperarea pacientului ars până când acesta va realiza un stil de viaţă cât mai aproape de normal, prin promovarea educaţiei şi tratament fizic. Ambele componente se combină şi formează planuri eficiente de tratament.

Obiectivele generale ale unui astfel de plan sunt: îmbunătăţirea şi prevenirea pierderii unei serii de mişcări, a puterii, a coordonării şi dexterităţii, a funcţionalităţii. Obiectivele tratamentului trebuie să fie definite cât mai clar şi în termenii realităţii.

Psihoterapeutul va face o evaluare a pacientului şi, pornind de la principiile generale de tratament, va elabora un plan individual care va fi integrat în planul general de îngrijire, în cadrul echipei complexe recuperatorii. Ştiind că fiecare pacient este unic, el va trebui să dea dovadă de creativitate şi ingeniozitate. Planul cuprinde nevoile şi abilităţile pacientului, însuşirile lui şi obligaţiile ambelor părţi. Tratamentul variază în funcţie de nevoile individului, starea fizică şi psihologică, istoria medicală şi scopurile reale ale recuperării. Starea cognitivă, efectele medicaţiei, sepsia rănilor pot marca schimbarea capacităţii pacientului de a participa la programul de recuperare.

Planul va fi implementat cât mai repede posibil şi schimbat în funcţie de necesităţile apărute. Terapeutul trebuie să menţină o atitudine activă şi să fie deschis noilor tehnici şi metode, astfel încât să găsească cele mai adecvate combinaţii ale intervenţiei terapeutice pentru fiecare pacient.

Recuperarea cu cele mai bune rezultate depinde în mare măsură de **implicarea pacientului** în propriul program de tratament. A-l face să colaboreze este sarcina întregii echipe şi a familiei. De la început, **pacientul va fi instruit**, la nivelul său de înţelegere, în legătură cu nevoia de poziţionare, importanţa exerciţiului şi mişcării pentru creşterea mobilităţii. Explicaţiile sunt

cu atât mai necesare cu cât, de cele mai multe ori, i se cere executarea unor exerciţii dureroase sau cel puţin neplăcute.

Terapeutul va începe educarea pacientului prin cunoaşterea şi înţelegerea lui. Dacă din punct de vedere emoţional pacientul nu este pregătit să audă ce va fi spus, s-ar putea să nu înţeleagă cea mai simplă explicaţie. Nevoia de informaţie poate fi legată de vârsta pacientului, de interesele lui şi de gravitatea arsurii.

Educarea familiei sau a persoanelor importante din anturajul bolnavului este la fel de importantă. Li se vor oferi instrucţiuni simple şi oportune în legătură cu modul în care îl pot ajuta pe pacient, făcând câteva demonstraţii necomplicate în şedinţe practice, la care se pot adăuga informaţii scrise. Instruirea timpurie a familiei legată de importanţa terapiei va conduce la scăderea anxietăţii acesteia la externarea bolnavului.

Implicarea **terapeutului ocupaţional** în recuperarea pacientului ars începe în prima zi şi continuă, uneori, mult timp după externare. El se va ocupa de poziţionarea bolnavului, aplicarea atelelor, imobilizarea după grefare, aplicarea pansamentelor pentru presiune etc. Terapeutul ocupaţional este printre primii care îl vor ajuta pe pacient să înţeleagă că procesul de recuperare va dura, dar va menţine o atitudine pozitivă, fără a omite semnalarea unor posibile complicaţii. O trecere în revistă a unor pacienţi care au fost ajutaţi anterior şi prezenţa acestora poate avea un efect pozitiv, de susţinere.

Implicarea timpurie în activităţile zilnice este importantă din punct de vedere psihic şi fizic. Abilitatea de a îndeplini sarcini aparent simple (spre exemplu, a mânca) poate avea beneficii imediate în construirea încrederii de sine, a stimei de sine. Activităţile care pot fi obiectiv măsurate şi realizează un feed-back imediat vor dezvolta abilitatea de a-şi monitoriza singur propriile progrese. Maximizarea independenţei este una din cheile succesului.

Treptat, vor fi incluse în program **exerciţiile fizice**. Ele sunt diverse, adecvate nevoilor pacientului, executate în scopul menţinerii puterii şi rezistenţei fizice şi promovării independenţei funcţionale. În locul exerciţiilor tradiţionale se poate ţine seama de hobby-ul pacientului (golf, tenis etc). Executarea lor frecventă, activă produce cele mai bune rezultate. În timpul exerciţiilor vor fi monitorizate diverse variabile: puls, tensiune, respiraţie, oboseală, durere, coordonare etc. Este important să se facă o evaluare zilnică a situaţiei.

Pe măsură ce pacientul devine mai independent creşte motivaţia sa şi mândria realizărilor, deci va creşte stima de sine. Cu cât are mai mult control asupra rezultatelor, acesta are mai multă voinţă de a-şi asuma responsabilitatea propriului program şi devine apt să-şi atingă scopurile.

- **Structura şi rezultatele unui program psihoterapeutic recuperator centrat pe psihotrauma post-arsură**[1]

Prezentăm în continuare structura şi rezultatele unui program psihoterapeutic aplicat de Paula Constantin (1996-1997) în cazul a doi pacienţi, cu nivel de pregătire cel puţin mediu. Ei au beneficiat de asistenţă pe o durată de aproximativ 2 luni (16 şedinţe), într-un ritm de aproximativ două pe săptămână.

Etape terapeutice. Obiective. Tehnici. Efecte.

A. Evaluare.

Cunoaşterea subiectului prin stimularea eforturilor de „autodezvăluire" sub toate aspectele (trebuinţe, aspiraţii, pretenţii, concepţii, situaţie familială).

Obiective: stimularea capacităţii de autocunoaştere, autoobservare, autoevaluare; evidenţierea unor simptome disfuncţionale.

Tehnici: Am folosit metoda **interviului** centrat pe evidenţierea unei suferinţe psihologice în urma evenimentului psihotraumatizant şi evaluarea gradului de afectare a vieţii pacientului pe diverse niveluri. Interviul s-a desfăşurat în etape succesive şi a avut o valoare cathartic-psihoterapeutică (aproximativ cinci şedinţe). Observarea conduitei expresive a pacientului în raport cu cele relatate (mimică, gesturi, pauze, ton, tensiune afectivă etc.) a completat datele obţinute. Pentru o evaluare obiectivă a conduitei pacientului am desfăşurat în paralel interviuri cu familia şi colegii/ prietenii pacientului.

Efecte: descărcare cathartică şi detensionare.

B. Stimularea autoconştientizării problemelor.

Obiective: conştientizarea de către bolnav a comportamentelor maladaptative, analiza problemelor (de când au apărut şi în ce situaţie, care sunt reacţiile cognitive, corporale şi comportamentale ale pacientului, ce crede el despre imaginea de sine, atitudinile şi comportamentul celorlalţi faţă de el, factori care îmbunătăţesc/ înrăutăţesc situaţia), explorarea avantajelor şi dezavantajelor schimbării/ menţinerii comportamentului actual.

Tehnici: analiză cathartică, decatastrofizare, exagerare deliberată, reatribuirea responsabilităţii pentru acţiuni şi consecinţe.

Efecte: creşterea puterii pacientului de verbalizare şi nuanţare a stărilor emoţionale asociate traumei arsurii.

---

[1] Programul a fost conceput de noi şi aplicat de Constantin Paula sub directa noastră coordonare şi supervizare („*Aspecte psihologice şi sociale asociate leziunilor de arsură*", Universitatea Bucureşti, 1997).

C. Formarea şi educarea comportamentului în sensul compatibilizării cu cerinţele.

Obiective: reanalizarea situaţiei, a propriilor atitudini, aşteptări, trebuinţe, cu centrare pe probleme specifice (familiale, loisir, integrare profesională etc.); clarificarea unor trebuinţe şi motivaţii cu privire la relaţionare percepute eronat sau distorsionat; corectarea unor imagini, expectaţii, aspiraţii, formule de comportament în sens adaptativ; clarificarea capacităţii individului de acceptare, restructurarea modelului de expectanţă; identificarea comportamentului care trebuie schimbat, discutarea unor soluţii alternative variate şi evaluarea lor.

Tehnici comportamentale: repetarea, modelarea comportamentului prin joc de rol, inversarea rolurilor, dezvoltarea abilităţilor de relaţionare, antrenament asertiv.

Efecte: creşterea capacităţii de autocunoaştere şi autoacceptare, creşterea mobilităţii relaţional-adaptative; stimularea potenţialului de recuperare personală.

D. Transformarea comportamentului prescris în conduită uzuală.

Obiective: ameliorarea nivelului de funcţionalitate şi interacţiune, reducerea sentimentelor de frustrare, îmbunătăţirea unor calităţi şi dezvoltarea altora noi, creşterea iniţiativei de contact social şi afirmativitate.

Tehnici: expunere gradată la situaţii potenţial stresante de contact social, planificarea activităţii, planificarea petrecerii timpului liber.

Efecte: reducerea izolării sociale, singurătăţii, a sentimentelor de inadecvare şi inutilitate socială, reducerea sentimentului de a fi diferit, acceptare de sine şi concentrare pe calităţi, creşterea adecvării sociale, îmbunătăţirea relaţiilor cu familia prin creşterea comunicării, scăderea conflictelor, prevenirea scindării relaţiilor conjugale.

• Exemplificare cazuistică

Cazul I

E.C., o tânără farmacistă de 27 de ani din Bucureşti, care se internează în martie 1996, la un an de la arsură, pentru chirurgie reparatorie la nivelul mâinilor. Pacienta este necăsătorită, pensionată pe caz de boală, nu prezintă desfigurare, ci doar **arsură vizibilă la nivelul mâinilor**, cu care nu poate efectua o serie de mişcări.

Interviuri repetate cu pacienta şi interviuri paralele cu membrii familiei au condus la obţinerea de informaţii despre trăsăturile de personalitate ale pacientei, istoria psihosocială anterioară, gânduri şi aspiraţii, dorinţe etc.

Bolnava prezenta următoarele **simptome psihice, post-traumatice**: tristețe, nemulțumire, apatie, pesimism, inhibiție în relațiile cu ceilalți, nesiguranță în luarea unei hotărâri, neîncredere în sine.

Programul terapeutic a durat două luni (trei ședințe pe săptămână) și a avut ca obiective diminuarea stării de deprimare, creșterea încrederii în sine și a sentimentului valorii personale, creșterea numărului de contacte sociale, reorientarea profesională.

Tehnici utilizate: examinarea avantajelor și dezavantajelor menținerii/schimbării comportamentului actual și clarificarea câștigurilor primare și secundare; training asertiv; evaluarea nivelului abilităților sociale și ierarhizarea scopurilor interacționale pe care vrea să le obțină; antrenarea calităților sociale pentru modelarea unui comportament adecvat.

Rezultate: treptat s-a redus depresia, s-a îmbunătățit imaginea de sine, pacienta a devenit mai optimistă și mai activă, a reluat contactul cu prietenii din facultate, cu care își propune să petreacă o parte din timpul său liber. La aproximativ două luni de la externare s-a angajat bibliotecară.

Menționăm că nivelul cultural-educațional ridicat al pacientei a influențat hotărâtor efectul psihoterapiei.

Cazul II

G.D. este o tânără internată pentru a noua oară pentru chirurgie reconstructivă în urma arsurii (veche de 4 ani) care a desfigurat-o.

Etape terapeutice:

a. Stabilirea legăturii terapeutice.

Abordarea clientei este dificilă, aceasta nedorind să vorbească despre accident și despre cicatricile sale. Neagă simptome de anxietate, izolare și sentimente negative, deși este vădit marcată psihologic.

După trei ședințe în care bolnava încearcă să reziste vorbind despre orice altceva, evitând gândurile care îi provoacă sentimente neplăcute, treptat ea începe să se simtă în siguranță în cadrul terapeutic, vorbește despre sentimentele și modul ei de viață după accident, păstrând însă devierile de la subiect când se atinge un punct nevralgic (mecanisme inconștiente de apărare).

Am încercat să clarificăm împreună regulile și formulele după care trăiește, concepția despre sine, prin descrierea unor variate situații de viață. Am constatat prezența următoarelor simptome:

• **în plan afectiv**: tristețe și nemulțumire; proastă dispoziție generală; sentimente de nesiguranță și inadecvare; pesimism;

• **în plan comportamental**: izolare severă (nu părăsește casa decât noaptea pentru o scurtă plimbare); reducere drastică a contactelor sociale (admite în preajmă doar familia); vede pretutindeni potențiali critici; prin

contrast, în spital se simte bine, nu are sentimentul de a fi diferită, nu se simte subiect de discuţii;

• **în plan cognitiv**: gândire dihotomică centrată univoc negativ; pierderea capacităţii de evaluare rezonabilă a realităţii şi neacceptarea propriei imagini de sine (autorespingere).

b. Stabilirea obiectivelor principale ale terapiei

Am examinat împreună rolul izolării în viaţa ei, listând avantajele şi dezavantajele. Am stabilit faptul că este dezirabil să-şi schimbe modul de gândire şi comportamentul. Ea este de acord că nu poate să continue mult timp să-şi ducă viaţa în acest mod.

Îşi exprimă dorinţa de a avea o slujbă, prieteni, de a ieşi fără să se teamă de privirile altora, dar este convinsă că nu are nevoie de acest lucru acum şi că are mai mult de câştigat din menţinerea comportamentului actual. Îi este dificil să îndure sentimentul de jenă şi posibilă marginalizare. În realitate se simte nefericită şi incapabilă să schimbe ceva. În acest moment, renunţă la întâlnirile noastre.

c. Concluzie:

Acest caz este o dovadă a faptului că un model disfuncţional de gândire şi comportament este mai dificil de modificat după ce s-a **dezvoltat şi stabilizat** (în 4 ani de evoluţie). În consecinţă, terapia are mai multe şanse dacă este instituită precoce, imediat după producerea impactului traumatic. Altfel, imaginea de sine negativă se structurează, iar inactivismul, autoblamul şi izolarea sunt neresponsive la psihoterapie.

• Psihoterapia bolnavilor hemodializaţi

Probleme psihologice

Insuficienţa renală cronică rezultă din scăderea capacităţii funcţionale a rinichilor, datorită leziunilor organice ireversibile. Există trei tipuri de tratament care pot fi acordate: hemodializa, dializa peritoneală şi transplantul renal.

Una dintre problemele majore cu care se confruntă bolnavul hemodializat este pierderea rolului social, cu toate implicaţiile pe care le presupune aceasta. Alterarea capacităţii de muncă are implicaţii atât asupra vieţii sufleteşti a bolnavului, cât şi asupra situaţiei sale economice.

În ceea ce priveşte componenta psihologică, consecinţele acestei invalidităţi vizează **sentimente de devalorizare, identificarea cu boala** ca urmare a tratamentului de hemodializă care-i jalonează timpul, **inhibarea oricărei iniţiative**.

Boala determină o autodevalorizare subtilă a persoanei, ea expunând omul unui proces care pare a-i răpi demnitatea şi capacitatea de reafirmare. Boala cuprinde în sine cele mai concrete trăsături ale suferinţei; orice mistificare a durerii dispare, pentru a lăsa loc unei dureri palpabile. Maladia îşi are centrul de greutate în chiar Eul pacientului. Este resimţită ca o cădere iremediabilă, ca o pierdere a prestigiului, ca o deposedare.

Atenţia psihologilor, psihoterapeuţilor, asistenţilor sociali a fost îndreptată asupra noţiunii de **calitate a vieţii bolnavului hemodializat.** Extrem de importantă pentru aprecierea drept calitate bună a vieţii este restabilirea capacităţii de muncă (C. Iureş, 1998).

Bolnavii cu insuficienţă renală cronică sunt expuşi la o gamă largă de stresuri, cu repercusiuni asupra stării lor psihice.

Strain şi Grossman deosebesc **opt categorii de stresuri psihologice:**

• **Ameninţarea privind autorespectul şi integritatea.**

Bolile cu debut acut, spitalizate şi teama de moarte modifică crezul interior al individului, conform căruia ar fi indestructibil şi stăpân pe destinul său. Dacă boala are o evoluţie favorabilă, acest stres se va diminua odată cu ieşirea bolnavului din spital. În bolile cronice, însă, stresul persistă cu atât mai mult cu cât boala este mai gravă, necesitând un tratament ambulator susţinut.

• **Anxietatea faţă de separare.**

Pacientul devine anxios datorită separării de persoanele apropiate odată cu pătrunderea în mediul spitalicesc. Când un pacient se internează, simte că şi-a pus viaţa în mâinile unui grup de necunoscuţi, cu care nu are legături personale şi care poate sau nu poate fi capabil de a-şi asuma responsabilitatea supravieţuirii sale. În acest mediu spitalicesc, unde-şi petrece o bună parte din viaţă, bolnavul vede în jurul său alţi pacienţi bolnavi ca şi el sau chiar decese, ceea ce îi aminteşte de propria lui moarte.

• **Frica de a pierde dragostea şi acceptarea familiei şi prietenilor.**

Pacientul renal se teme de pierderea dragostei şi a respectului, deoarece ştie că suferă de o boală debilitantă, că este incapabil de a se reîntoarce la muncă. De asemenea, îi este teamă că dependenţa sa pasivă de ceilalţi ar putea crea dezaprobarea sau oboseala familiei şi a prietenilor.

• **Frica de a pierde controlul asupra funcţiilor fizice sau mentale.**

Afecţiunile severe pot temporar distruge funcţiile fizice şi mentale anterior stăpânite. Unii pacienţi se plâng de pierderea acestor funcţii şi rămân convinşi, în ciuda asigurării contrariului, că ei nu le vor recâştiga niciodată. Pentru pacientul renal cronic această teamă devine de multe ori o realitate.

• **Frica de afectarea unor părţi corporale.**

Odată cu internarea pacientului în spital, corpul său devine „proprietatea" medicilor săi. Sângele său este drenat, este supus şi expus la

probe. Aceste proceduri spitaliceşti necesită ca pacientul să-şi asume un rol pasiv-supus faţă de doctor, ceea ce împinge spre exacerbarea fricii.

• **Frica de persoane necunoscute** derivă de asemenea din dependenţa bolnavului de un grup de necunoscuţi, care poate sau nu poate reprezenta un suport pentru buna sa funcţionare fiziologică.

• **Frica de neacceptare în societate.**

Boala cronică, cu toate evenimentele pe care le implică, poate influenţa formarea relaţiilor interpersonale şi calitatea lor. Bolnavul se simte amprentat de o realitate dezavantajoasă, care poate genera o respingere socială. Cu cât despărţirea de prieteni şi rude sau izolarea sa este mai mare, cu atât se accentuează sentimentul de a nu mai putea să restabilească legăturile.

• **Frica de durere.**

Această teamă de durere se asociază tuturor stresurilor menţionate anterior. La pacientul vulnerabil, fiecare din aceste stresuri poate constitui o experienţă dureroasă şi invers, durerea poate creşte amplitudinea fiecăruia dintre aceste stresuri.

De multe ori bolnavul renal cronic, reîntors din spital, este pus în faţa realităţii că performanţa sa este scăzută, iar mecanismul de defensă (negarea) care i-a servit când era spitalizat nu mai este adecvat, împiedicându-i adaptarea. Acei bolnavi care îşi neagă boala sau care nu-şi recunosc limitele şi care depun eforturi pentru menţinerea unei aparenţe de bunăstare în condiţiile stării lor fizice precare, îşi construiesc un stres cronic.

Pe lângă acestea, bolnavul cu insuficienţă renală cronică mai este expus şi la alte surse de stres: restricţii dietetice şi de mişcare, dependenţa de familie şi de echipa nefrologică, iar dominantă peste acestea toate este frica de moarte. Au sentimentul pierderii autorespectului, la care se adaugă lipsa vitalităţii şi energiei, lipsa de speranţă, sentimentul de neajutorare, complexe de inferioritate. Pe linie cognitivă, bolnavii tind să creadă că ar putea surmonta anumite situaţii negative şi neprielnice şi să le transforme în condiţii favorabile. În componenta afectivă, însă, se produce sentimentul de neajutorare, anxietate, apatie, depresie. Bolnavii căsătoriţi, fără vlagă, prezintă mai puţine modificări psihologice negative în comparaţie cu pacienţii necăsătoriţi.

Dintre factorii de stres, Kaplan De Nour îi menţionează pe următorii:

- dependenţa de programul terapeutic, de hemodializă şi de membrii familiei;
- restricţii de dietă şi de ordin social;
- pierderea funcţiilor organismului (diureză, activitate sexuală, apariţia unor complicaţii metabolice, teama de moarte).

Apar irascibilitate, insomnie, tremur, modificări senzoriale, apatie, astenie, diminuare a concentrării atenției, sentimente de vinovăție, dorință de moarte și intenție de suicid.

În ceea ce privește imaginea de sine a pacienților cu insuficiență renală cronică, este foarte relevant un studiu realizat de către S. Basch și colaboratorii săi. Utilizând un test proiectiv simplu, punând bolnavii să deseneze o casă, un copac sau o persoană, autorii au constatat dezorganizare, vulnerabilitate și regresie. Tulburările sexuale au fost indicate în desenarea corpului uman prin elemente proiective specifice (exemplu: domină lipsa unei părți din corp).

N. Wolf, utilizând metoda proiectivă a desenului, arată că, rugați fiind să deseneze aparatul de dializă și asistenta, acestea au fost schițate supradimensional, în timp ce figura umană a fost redată mică, neînsemnată. Aparatul de dializă este redat cu multe detalii și părți componente, în timp ce bolnavul este doar schițat. Supradimensionarea aparatului de dializă demonstrează dependența totală și importanța acordată acestuia. Adesea bolnavul este desenat cu fața întoarsă de la aparat, ceea ce denotă neacceptarea în esență a situației de dependență.

Perspective terapeutice

În cazul insuficienței renale cronice nu se pune problema vindecării bolii cronice printr-o psihoterapie, dar prin intervenții psihologice poate fi atenuat impasul psihologic inerent bolii. S-a putut constata faptul că la bolnavii aflați sub o puternică stare de stres în timpul zilei de hemodializă se înregistrează rezultate riscante și agravante din punct de vedere medical.

Psihoterapia suportivă este suficientă, adecvată și recomandată persoanelor bolnave, vulnerabile la anxietate, depresie și la consecințele acestora, și ale căror resurse de rezistență sunt diminuate în tot acest context. Psihoterapia suportivă oferă persoanei un spațiu securizant și odihnitor, în cadrul căruia persoana poate să exploreze aspectele acestor conflicte, să testeze posibilele soluții sau în interiorul căruia poate aduna forța interioară de a lua decizii potrivite pentru rezolvarea conflictelor.

Boala operează schimbări ale statutului social și, de aceea, pacienții pot uneori să experimenteze rejecția socială. Psihoterapia suportivă ajută persoana bolnavă în a explora realitățile acestor experiențe dificile, ca și semnificațiile sau interpretările pe care le dă acestora.

De aceea, psihoterapia nu vizează doar tratarea sindroamelor psihopatologice (depresie, anxietate, dependență), ci și **ameliorarea calității vieții** (idem, op. cit.).

În general, tratamentul psihologic nu are în vedere formele clasice ale psihoterapiei (ca psihanaliza, terapia cognitiv comportamentală etc.), ci forme

variate de **psiho-socio-terapie**, având ca obiectiv ameliorarea disfuncționalităților menționate.

Este vorba de o intervenție indirectă, în care se implică o echipă terapeutică (psihiatru, psiholog, asistent social) și care acționează prin intermediul și prin modelarea altei echipe, medicale, cea care tratează direct pacientul. Această intervenție reunește ergoterapeuți, socioterapeuți, kinetoterapeuți.

Pacientul anxios, agresiv și necooperant induce personalului o atitudine similară, de iritare și agresivitate, de enervare și rejecție, creându-se astfel un cerc vicios. De asemenea, starea depresivă și apatică a pacientului, negarea „oficială" a stării de boală sau a gravității acesteia se pot conjuga cu epuizarea personalului, care se manifestă și el prin apatie și dezinteres.

Programele de terapie psihologică pentru menținerea unei **stări psihice echilibrate la personal** au în vedere discutarea în echipă a problemelor și cazurilor. Aceste discuții care se desfășoară de mai multe ori pe săptămână, se realizează după **modelul grupurilor Balint** și al **psihoterapiei de grup (neanalitică)**. Acest model de psihoterapie în grup a echipei terapeutice, centrat pe discutarea cazurilor și a reacțiilor la problemele acestora, este larg utilizat în serviciile clinice.

Privitor la acest ultim aspect, s-a constatat că ceea ce epuizează mai mult personalul sunt relațiile intercolegiale, întreg departamentul de terapie pentru bolnavi renali fiind caracterizat **prin comportamente tensionale** și un **mare potențial agresiv.**

Programul psihoterapiei pentru bolnavii dializați are în vedere: **creșterea independenței și inițiativei, combaterea pasivității și depresiei, controlul agresivității**. Un alt aspect important este corecta informare a pacientului asupra bolii, asupra stadiului acesteia, asupra posibilităților terapeutice etc.

Pe de altă parte, pacientul poate fi inițiat în tehnici de relaxare psihocorporală (de exemplu, antrenamentul Schultz). Totodată, trebuie stimulată atitudinea activă, atât în ceea ce privește interesele, preocupările, cât și exercițiile fizice. Este necesar totuși, cu toate condițiile restrictive ale tratamentului, ca forța mușchilor să fie bună sau să crească, iar subiectul să fie convins că poate realiza performanțe psihofizice mulțumitoare.

Se preconizează pe lângă **discuții terapeutice în grup** și **psihoterapie individuală scurtă**, de aproximativ zece ședințe, centrate pe situația și problemele particulare ale subiectului, pe posibilitățile sale de control al comportamentelor distructive sau autodistructive, pe creșterea complianței pentru tratament și a autonomiei personale.

În general, terapiile psihologice în contextul dializei sunt ghidate pe următoarele direcții:

- implicarea „psihoterapiei de legătură", adică a intervenției unei echipe psihiatrice (psihoterapeut, asistent social, psiholog etc.), care activează în mare măsură prin intermediari, prin membrii echipei terapeutice nefrologice și ai familiei;

- intervenții psihoterapeutice obligatorii asupra personalului departamentului de hemodializă;

- intervenții psihoterapeutice asupra pacienților (în grup și individuale), pentru ameliorarea trăirii schemei corporale, creșterea încrederii în sine și a autorespectului, combaterea regresiei, negării, depresiei, anxietății și a noncomplianței și creșterea autonomiei personale;

- vizarea psihoterapeutică a familiei, a relațiilor în cuplu, a menținerii pe cât posibil a relațiilor sexuale și a păstrării unei calități acceptabile a vieții.

TEME ŞI ÎNTREBĂRI

1. Revedeți principalele etape ale terapiei contextual-modulare a lui Francis Macnab. Care sunt diferențele și asemănările de conținut în asistarea persoanelor cu comportament suicidar și a celor abuzate fizic și sexual?
2. Care sunt obiectivele și specificul asistării psihologice asociată tratamentului în cazul persoanelor mutilate prin combustie?
3. Care sunt obiectivele și specificul asistării psihologice asociată tratamentului în cazul persoanelor hemodializate?
4. Abordați un caz cu psihotraumă de tipul celor mai sus menționate. Evaluați psihologic și acordați-i suport de consiliere. Observați-vă cu atenție reacțiile, atitudinile și tendințele pe care le aveți în modul de a-l înțelege și susține. Conectați-vă starea pe care o conștientizați cu propriul vostru scenariu de viață. Ce impact a avut psihotrauma clientului asupra voastră? Reevaluați-vă disponibilitatea de a susține psihoterapeutic astfel de cazuri.
5. Alcătuiți un eseu despre experiența voastră de contact cu persoanele psihotraumatizate.

CAPITOLUL XIII

Psihosocioterapia pierderilor multiple. Transmutarea suferinței și tehnici de supraviețuire – abordare existențială și spirituală

Doru Buzducea

Motto:
„Disperarea nu este libertatea însăși,
ci o pregătire necesară pentru libertate"
(Rollo May)

- **Provocările vieții actuale. O lume în transformare**

În cartea noastră „Psihologia pierderii și terapia durerii" (Iolanda Mitrofan, Doru Buzducea, Editura Albedo, ediția I, 1999, Editura SPER, ediția a II-a, 2002), atrăgeam atenția, în ultimul capitol, asupra implicațiilor personale și comunitare ale evenimentelor contemporane care declanșează, întrețin și agravează suferința pe termen lung. Pierderile multiple și crizele asociate sunt semnale fără precedent pentru criza existențială și spirituală cvasigenerală cu care se confruntă umanitatea. Psihoterapeuții și consilierii, medicii, asistenții sociali și educatorii, alături de slujitorii tuturor cultelor religioase și de căutătorii și aspiranții la spiritualitate, nu pot rămâne neimplicați și indiferenți la valul de evenimente interconectate care afectează echilibrul, sănătatea și bunăstarea ființei umane.

Eforturi financiare uriașe se fac pentru implementarea unor cercetări care să vindece boli incurabile, să dezvolte acele zone și regiuni ale lumii de mult rămase în urmă, să introducă elemente de civilizație și în triburile în care încă se mai păstrează primitivismul ș.a.m.d. Se produc schimbări rapide și complexe în toate sferele vieții sociale, economice, culturale și politice. Sistemele etico-morale sunt puse pe alocuri sub semnul întrebări, iar sistemele valorice sunt zdruncinate. Se produc ciocniri și interferențe de civilizații, integrări comunitare, nu fără costuri psihologice și sociale. Se pune problema unui efort colectiv de integrare și toleranță, de adaptare creativă și de conștientizare lărgită, de sprijin mutual în confruntarea cu provocări de ecosistem care pun în joc supraviețuirea.

Războaiele civile, terorismul internațional, migrația maselor, șomajul alarmant, violența intrafamilială, toxicodependențele, agresivitatea și intoleranța și alte fenomene încărcate de conotații negative iau amploare. Psihopatologia pare a se extinde de la domeniul individual și interpersonal la cel comunitar și social. Sărăcia nu cunoaște granițe. Lovește indivizi și familii indiferent de etnie, nivel educațional și vârstă. Crește numărul celor singuri (copii, bătrâni, tineri), bătrânilor le lipsește sprijinul familial, tinerilor un loc de muncă, iar copiilor hrana cea de toate zilele.

Numărul femeilor, copiilor, adolescenților loviți de maladia incurabilă crește vertiginos. Alternativele la îngrijirea familială (plasament, foster) sunt din ce în ce mai solicitate, iar departamentele locale de servicii sociale se confruntă cu o lipsă din ce în ce mai acută a resurselor financiare necesare rezolvării problemelor sociale comunitare. Sistemele de transport public au devenit din ce în ce mai aglomerate. Miturile unei lumi fără margini sunt de-a dreptul spulberate. Refugiații așteaptă să primească protecție, hrană, îmbrăcăminte și adăpost. Așteaptă să fie înțeleși, iar nevoile lor (fizice, emoționale, sociale, spirituale) să fie satisfăcute. Vor libertate, intimitate și confidențialitate. Implementarea măsurilor de politică socială în vederea dezvoltării justiției sociale depind de puterea economică a țării respective. Mass-media cuprinde până la saturație crimă, accidente, catastrofe și dezastre. Scandalurile politice și sexuale sunt la modă, iar opinia publică citește din ce în ce mai mult pamfletele politice. Multe din problemele care ar putea fi rezolvate sunt evitate, minimalizate sau pur și simplu ignorate.

Bolile cu transmitere sexuală iau amploare, iar prostituția îmbracă diverse forme. La toate acestea mai putem adăuga: nutriție precară, bolile sărăciei, dependența de substanțe chimice, sistemele de sănătate sărăcite financiar, durere și suferință în diverse forme, nevoia de educație din ce în ce mai neglijată etc.

Se resimte nevoia de a deveni cetățean universal, cunoașterea credințelor și a schimburilor interconfesionale, valorilor și standardelor de viață ale diferitelor regiuni ale lumii. Schimburile informaționale și diferitele tranzacții transculturale reprezintă deja un lucru comun.

Chiar și atunci când se vorbește aceeași limbă pot exista diferențe culturale între oameni. Cu toții reflectăm moștenirea țării și familiei în care ne-am născut, prin educație, religie, valori, credințe, tabuuri, deprinderi, obiceiuri, instituții, ceremonii, mod de petrecere a timpului liber, politici. Tradiția vestică, caracterizată prin individualism, competiție între indivizi pentru status, recunoaștere, câștigă teren și în țările în care până nu demult se vorbea doar despre egalitate și bunuri comune. Înțelegerea și cooperarea transculturală dețin adevărata putere și sunt relevante în reașezarea la noi parametri și dimensiuni a vieții sociale.

Modalitățile de comunicare se diversifică din ce în ce mai mult. Comunicarea verbală (cuvinte, sunete, strigăte etc.) ocupă un loc extrem de important. Volumul vocii poate fi un indicator al ostilității, furiei, bucuriei sau depresiei. Vocea ridicată este o caracteristică normală pentru unele culturi, ca cea arabă sau nord-americană. În Asia se tinde spre folosirea unei voci joase. Pentru unele persoane sfaturile practice sunt mai folositoare decât atitudinile empatice. Posibilitatea de exprimare a gândurilor, sentimentelor, speranțelor și provocărilor poate conduce la mărirea încrederii în ceilalți. Se caută din ce în ce mai mult atitudini flexibile, deschise, oneste și care să exprime educație și civilizație.

Comunicarea nonverbală include tăcere, menținerea „distanței", contact vizual, limbajul trupului, expresivitate emoțională. În anumite zone culturale păstrarea tăcerii în timp ce altul vorbește reprezintă ceva neobișnuit, în timp ce în altele lucrul acesta este ridicat la rang de cult. În timp ce asiaticii preferă o distanță mai mare atunci când comunică cu cineva, latino-americanii, francezii, indienii, negrii americani, arabii preferă o distanța mai intimă/ apropiată. Distanța confortabilă este dată și de clasă, status social, gen, personalitate. Asiaticii consideră contactul vizual ca un semn al ostilității și impoliteții. Negrii americani consideră contactul vizual ca un semn al lipsei de respect atunci când ascultă, dar un semn de înaltă onoare atunci când vorbesc. Gesturile, expresia facială, postura sunt extrem de importante în comunicare.

Cu toții avem însă nevoie să ne dezvoltăm inteligența culturală, emoțională și socială. Aceste competențe dețin cheia succesului și previn excluderea socială, marginalizarea și suferințele de diverse tipuri. Ele previn în mare măsură unele dintre tulburările noastre emoționale, de adaptare, nevrotice și psihosomatice. Dezvoltarea personală și o conștiență extinsă sunt pilonii pe care se construiește **maturitatea spirituală** (individuală și colectivă), singura în măsură să asigure continuitatea și sănătatea umanității.

• Înspre ce ne îndreptăm?

Întrebarea este învăluită în mister și ar necesita o sumedenie de răspunsuri. Avalanșa de probleme globale și necazuri individuale este de nestăpânit. Pe măsură ce găsim unele soluții, noi probleme răsar și noi **mutații** se produc. În clipa în care scriem această carte, mii de oameni mor în chin și suferință și mulți alții sunt condamnați la o existență tragică și lipsită de speranță. Foamete, vărsare de sânge, cutremure, războaie, maladii incurabile, anxietate existențială, poluare, risc de catastrofă ecosistemică și moarte. Dinamicile epidemiilor ne îngrozesc. Probabil că maladia incurabilă va căpăta proporții uriașe și devastatoare. Pierderile multiple se vor întinde ca o pată de ulei. Mulți oameni vor muri și mulți alții se vor declara supraviețuitori ai multiplelor pierderi.

Toate limbile pământului sunt prea sărace pentru a descrie durerea şi suferinţa. Termenii de traumă, durere, suferinţă etc. sunt prea puţin încăpători pentru asemenea experienţe: depresie cronică, pattern-uri de viaţă masochiste, anxietate cronică, boli psihosomatice (Iolanda Mitrofan, Doru Buzducea, 2002, p. 164).

• Durerea – o experienţă personală şi comunitară

Durerea prezintă şanse egale pentru fiecare fiinţă în parte. Nimeni nu este imun la durere. Poate veni pe furiş sau dintr-o dată. Poate fi rezultatul morţii iubitului sau iubitei sau poate fi rezultatul unui eveniment neaşteptat ca suicidul, trauma, dezastru natural, un atac banditesc, viol monstruos ş.a.m.d. Durerea implică una sau mai multe persoane. Durerea poate afecta familii întregi, prieteni, cunoştinţe apropiate, profesionişti implicaţi în îngrijirea persoanelor aflate pe moarte etc.

Profesioniştii implicaţi în pierderi ireparabile nu sunt nici ei imuni la sentimentele şi senzaţiile asociate pierderii. Consilierii pot avea beneficiul experienţei şi cunoaşterii profesionale, dar durerea şi suferinţa sunt reale şi pentru ei, ca şi pentru oricine altcineva.

Vom încerca în cele ce urmează să surprindem **manifestările fizice, psihice şi cognitive asociate pierderii.**

Vom include câteva **metode şi tehnici de intervenţie**, cum ar fi ascultarea atentă, comunicare efectivă, sprijinul terapeutic şi grupurile de suport axate pe durerea produsă de maladiile incurabile.

Durerea este o experienţa **unică** pentru fiecare individ în parte. Nu există reţete în vederea ameliorării sau eliminării durerii şi nici zile mai bune sau mai proaste. Există aceeaşi durere pentru toţi şi pentru toate zilele. Timpul redresării diferă de la o persoană la altă şi include un număr variat de factori de influenţă. În cazul spitalizării nu se poate trasa o graniţă emoţională între pacient şi profesionist. O asistentă medicală comenta: *„Dacă am o relaţie profesională de lungă durată cu un pacient, este mult mai probabil să vorbim despre pierdere. Perioada de timp petrecută cu un pacient poate legitima durerea"* (Chapman Dick, 1989, p. 62).

Legăturile emoţionale, pozitive sau negative, care implică energie şi interes, speranţă şi aşteptări sunt câţiva dintre factorii care dau înţeles şi semnificaţie pierderii. Durabilitatea şi intensitatea acestor factori influenţează percepţia pierderii (Baker şi Kelly, 1986).

Abordarea holistică sugerează faptul că implicarea profesioniştilor în tratarea aspectelor fizice atrage după sine şi implicarea în sfera psihosocială. Profesioniştii devin foarte ataşaţi de pacienţi în timpul procesului de îngrijire şi aceasta serveşte la intensificarea sentimentelor pierderii atunci când pacienţii vor muri.

În studiul realizat de către Martin (1990), sentimentele pierderii exprimate de către multe infirmiere sunt mult mai intense şi mai de durată decât au fost anticipate. Autorul explică acest fapt prin relaţia strânsă pe care acestea au realizat-o cu pacientul înainte ca el să moară. Martin argumentează afirmaţia că atunci când un pacient este rejectat de către familia sa, infirmiera ori asistenta medicală îşi va asuma rolul de înlocuitor al familiei.

Acest sens al identificării cu pacientul şi cu durerea acestuia va cauza sentimente de frustraţie şi pierdere. **Suportul** de care au nevoie persoanele aflate în durere trebuie să includă **familia de origine, prieteni şi vecini**. Christ şi Wiener (1985) arată că pentru majoritatea persoanelor seropozitive sprijinul familial lipseşte, ceea ce măreşte drama trăirilor interioare.

Doka (1989) introduce conceptul de **durere nerecunoscută, o durere neînţeleasă şi fără recunoaştere socială.** Aceste pierderi au loc atunci când unei persoane nu i se recunoaşte un rol clar şi corect sau când nu are capacitatea de a simţi durerea. Autorul citat evidenţiază faptul că societatea are seturi de norme care stabilesc cine sunt persoanele care suferă, cât timp suferă, unde, când şi cum.

În acest caz, persoana suferă pierderea, dar nu întotdeauna are posibilitatea de a jeli public, de a i se recunoaşte de către societate durerea care o chinuie. Într-o societate care are roluri şi norme clar stabilite, este extrem de dificil de trăit altfel. În această situaţie se află cei ce suferă pierderi legate de SIDA, homosexualii şi alte grupuri sociale aflate la risc de excludere şi marginalizare socială.

Studiul lui Gordon (1993) arată că infirmierele care lucrează cu pacienţi **seropozitivi** primesc foarte puţin sprijin din partea familiei şi a prietenilor. Această atitudine reflectă tendinţa societăţii de a-i stigmatiza şi discrimina, din cauza căreia **pacienţii se confruntă cu o pierdere a confidenţialităţii şi a stimei de sine.**

• Confruntarea cu moartea. Suportul psihoterapeutic în refacere – renaştere şi redresare

Factorii care influenţează relansarea din durerea pricinuită de maladiile incurabile includ (în asistarea terapeutică a perdanţilor) modalităţile în care cei apropiaţi au decedat, pricinile de suferinţă, dramele suferite, contextul instituţional sau mediul familiar ş.a.m.d. Când apar incidente nedorite, **supravieţuitorii** se pot simţi vinovaţi, se pot blama *(„Dacă nu aş* fi *făcut...”*, *„Dacă aş* fi *ascultat de părinţi”*, *„Dacă l-aş fi putut ajută măcar şi numai pentru o clipă”* etc.). Sunt regrete care reflectă „afaceri neterminate” şi se pot baza pe realitatea percepţiei.

Este foarte important ca afacerile nefinalizate să fie rezolvate înainte d apariția morții, pentru că după aceea nu mai este posibil. Atitudinile ș sentimentele clare sunt cel mai mare cadou care poate fi acordat apropiaților ș celor dragi, incluzând dragostea noastră, gândurile, scuzele și dorințele.

Durerea conduce la **schimbarea de atitudini în rândul celor car suferă și poartă doliu, ca și la creșterea capacităților de a recunoaște varietate de comportamente ca moduri de a face față la pierderi.** Aces proces poate fi interceptat și măsurat înainte de a deveni sever, iar tratamentu poate începe timpuriu. Este necesar să se recunoască atât procesul de secătuir interioară, cât și procesul dureros.

În studiul lui Bennett și Kelaher (1993), anxietatea a fost legată d nivelul durerii. În cazul celor la care durerea este prezentă la un nivel ridica este cel mai probabil să se înregistreze și un nivel mare de anxietate. **Relați interactivă dintre durere și anxietate** îi determină pe cercetători să-ș exprime îngrijorarea în legătură cu faptul că **durerea ar avea o influent pentru profesioniștii din domeniul medical.** Dacă nu se lucrează cu durerea personalul poate fi mult mai expus la secătuire interioară.

W. Stroebe și M. Stroebe (1987) au analizat legătura dintre stres ș durere pentru a explica consecințele fizice și psihologice care rezultă di suferință. Ei au arătat că problemele de sănătate, anxietatea și inabilitatea de a face față pot fi rezultatul expunerii la multiple experiențe de durere.

Price și Murphy (1984) analizează **secătuirea interioară** ce însoțeșt pierderea și durerea. Ei consideră că **modul de înțelegere a durerii s-a modifica în ultimile două decenii.** Durerea indică nu numai o stare de tristețe, ci un proce ce poate include, după o anumită perioadă de timp, un evantai de stări interne ș comportamente, dintre care unele depășesc tristețea și plânsul. Ei consideră că secătuirea interioară implică pierderi considerabile pentru cel care lucrează cu pacienți în iminența morții și este, în parte, **un răspuns la pierdere.** Pierderea implicată este descrisă drept o **pierdere a unei părți a Sinelui**, care poate include deziluzia, pierderea motivației pentru implicare creativă, retragerea emoțională din relațiile interpersonale. Mai mult decât atât, relațiile sociale (loc de muncă etc.) pot fi de asemenea afectate.

Aceeași autori afirmă că „persoanele se încred în propria judecată referitoare la faptul că cei care lucrează cu un nivel înalt de stres, cu persoane care mor sau care suferă, **își pun propriile relații intime în situație de risc.** Victimele secătuirii interioare nu sunt buni iubiți" (1994, p. 50).

Kavenaugh (1973) propune șapte stadii de adaptare la o muncă stresantă: șoc, dezorganizare, emoții volatile, vinovăție, pierdere și singurătate, ușurare și restabilizare. Stadiile de șoc și dezorganizare rezultă din faptul că îngrijitorii care sunt pregătiți să vindece își văd pacienții murind, deși ei își doresc să vadă cum se însănătoșesc. Lipsa de concentrare în depășirea acestor

stadii poate conduce la o stare de nerealism și dezorientare la locul de muncă. Modul în care profesioniștii se adaptează la aceasta poate afecta sănătatea lor emoțională și abilitatea de a accepta moartea ca un rezultat normal și anticipat. **Emoțiile negative** apar periodic pentru o mare parte din **personalul care lucrează în îngrijire terminală. Grupurile de suport sunt necesare pentru a oferi empatie și acceptarea acestor emoții. Este îndeobște recunoscut faptul că profesioniștii care oferă suport nu știu că, la rândul lor, au nevoie să primească sprijin și suport.**

Înțelegerea și depășirea stadiului de vină este un pas important în adaptarea cu succes la pierdere. Decesul unui pacient poate conduce la o revizuire a standardului de îngrijire pe care profesioniștii i l-au oferit. Unii dintre profesioniști pot face aceasta fără a simți vreo greșeală reală sau imaginară în acordarea celui mai bun nivel de îngrijire cu putință.

Sentimentul de vină poate acționa ca un antidot psihologic față de sentimentele de neajutorare. **Recunoașterea acestor procese mobilizează personalul să lucreze cu propriile sentimente de neajutorare mult mai ușor decât să poarte greutatea culpei.** Vinovăția nerezolvată reprezintă poate cel mai destructiv factor implicat în sindromul de stres, ce poate conduce la secătuirea interioară. Tristețea apare atunci când persoana este pe deplin conștientă de pierdere.

Un sentiment persistent de singurătate poate fi un semnal că este nevoie ca persoana să-și ia un timp pentru relaxare și odihnă. Cei care au trecut cu bine prin stadiile menționate mai înainte pot descoperi un anumit sens al realizării, prin conștientizarea faptului că ei au reușit să supraviețuiască acestui stres. Conștientizarea faptului că au trecut cu bine poate aduce un sentiment de ușurare. Adaptarea care urmează este o posibilitate de a echilibra un mediu deja alterat. Un rezultat pozitiv conduce la schimbări care adesea implică lărgirea capacităților profesionale și umane ale celor implicați.

• Sprijin exterior – salvarea prin prieteni

În astfel de situații, de o importanță deosebită se dovedesc a fi **grupurile de suport**, persoanele pe care te poți sprijini. În cazul persoanelor seropozitive, după mai bine de 10 ani de popularizare a acestei boli, ele încă se mai confruntă cu stigmatizarea și discriminarea. Este ignorată în câteva culturi și privită ca o boală asociată cu anumite comportamente murdare, ca o boală care nu afectează persoanele cuminți. Fără prieteni și fără sprijin extern, pacienții se pot simți izolați și singuri, abandonați de soartă, iar tristețea poate avansa în intensitate.

Apar stresul și anxietatea, se neglijează pe ei și pe ceilalți și, uneori, apare abuzul de substanțe narcotice. Evenimentele curente le pot afecta profund abilitatea și instinctul de supraviețuire, alterând funcționarea la parametri

normali a propriei personalități. A găsi înțeles și sens în aceste decese, necazuri și pierderi multiple înseamnă o încercare de continuă adaptare la jale, durere și chin interior.

Evenimentele curente de viață includ: divorț; separare de cei dragi; pierderea slujbei; migrarea dintr-un loc în altul sau dintr-o țară în alta; pierderea asigurării medicale; abuzul sexual, emoțional sau fizic; ziduri spirituale; un partener sau copil bolnav; schimbări majore în plan financiar ş.a.m.d. Sunt unii care, din motive bine întemeiate – gen, vârstă, cultură, etnie, percepție de sine, religie, stil de viață – sunt incapabili în a-și exprima sentimente autentice și nevoi iminente.

Aceste persoane își îngroapă propriile sentimente; se percep ca fiind destul de puternice pentru a rezista. Pentru ele, puternic e acela care renunță la durere. Când durerile sunt înăbușite, mai târziu, o nouă explozie va avea loc, aducând la lumină tot ceea ce în trecut nu a fost rezolvat. Refacerea va fi mult mai dificilă și va avea nevoie de mult mai mult timp. Durerile acumulate în timpul vieții nu sunt neapărat individuale și nu au o singură istorie.

Dacă vom ignora să le tratăm la timp, vor reveni multiplicate deja și cu istorii poate mult mai tragice. Supărările și necazurile sunt unice pentru fiecare în parte și, într-adevăr, suferința cuiva poate fi câștigul altcuiva. **Cum să învățăm să conviețuim și să facem față acestor dureri și necazuri?**

Durerea este o reacție și un răspuns natural la decesul cuiva apropiat. Prezintă coordonate emoționale, cognitive, fizice, comportamentale și spirituale (Worden, 1991).

Tristețea reprezintă cel mai comun sentiment al pierderii, care poate fi exprimat prin lacrimi și plânset. **Furia** poate fi vizibilă, înăbușită sau reprimată. În special femeile nu recunosc sentimentele de furie pe care le au în contextul unui deces. De asemenea, prietenilor nu le face mare plăcere să audă sau să vadă furia care poate însoți un deces. Supraviețuitorii deseori exprimă sentimente de **singurătate, abandon și neglijare** din partea prietenilor.

Culpabilizările sunt frecvente: *„Dacă aș fi ascultat de mama mea pe care am iubit-o...”*, ca și **anxietatea** cu privire la viitor: *„Cine va mai avea grijă de mine?”*. Copiii pot fi anxioși și pot întreba: *„Oare va muri tata? Cine va avea grijă de mine?”*. Frica față de necunoscut. Teama de viitor. Frica de a nu putea supraviețui. Sunt foarte puțini oamenii care, știind ceea ce ei sunt, nu simt nevoia de a întoarce viața măcar cu o secundă înapoi, atunci când nenorocirile se abat asupra lor.

O nenorocire nu vine niciodată singură și niciunul dintre noi nu este scutit de umbra morții. Cei ce au suferit pierderi prin deces mărturisesc că primele 15-20 de secunde după ce realizezi tragicul eveniment sunt teribil de greu de suportat. Plânsul și scrâșnirea dinților te-apucă. Nu puțini sunt cei care încărunțesc. Nu numai că se simt confuzi, dar simt că o să și înnebunească în

secunda următoare. Imaturii emoțional, dependenții sunt în cea mai mare măsură expuși.

Pierderea puterii de concentrare, imparțialitatea memoriei, probleme simple care par a fi complicate, șofatul care se transformă în hazard pentru tot restul drumului, sentimentul de nevrednicie – toate devin cea mai haotică față a răspunsului la suferință.

Răspunsul la moarte include, în **plan fizic**, intensificarea ritmului cardiac, respirație tăiată, uscăciunea gurii, transpirația palmelor, lacrimi involuntare, crampe stomacale violente, greață. Zilele următoare includ dureri de cap, sufocări, pierderi de apetit, slăbiciuni musculare, hiperventilație etc. Tulburări de somn apar adesea. Somnul poate fi absent sau de scurtă durată. Apar vise și coșmaruri despre cel decedat.

O continuă senzație de amorțeală, goliciune și irealitate pune stăpânire pe cel chinuit și necăjit. În plan comportamental, aceste dureri se manifestă prin retragere din activitățile cu caracter social, absenteism cronic, hiperactivitate, povești interminabile despre cel decedat, vizite frecvente la locul înmormântării, activități deșarte. Fotografiile celui decedat pot fi distruse sau, din contră, afișate la loc de cinste. Cel decedat poate fi ridicat în slăvi și idealizat astfel încât să nu mai poată fi recunoscut de prieteni și cei apropiați. Nu mai are niciun fel de sentimente și aspecte negative, totdeauna fiind în relații extraordinar de bune cu cei din jur.

Atunci când aceste comportamente sunt de scurt termen și gradual modificate, în funcție de rezolvarea durerilor, nu reprezintă un potențial patologic pentru viitoarea conduită a persoanei suferinde. **Dacă asemenea gânduri nu scad în timp, ele pot reprezenta un simptom al unei reacții dureroase complicate, în a cărei ameliorare se impune intervenția unui psihoterapeut.** Vorbitul și scrisul despre moarte reprezintă un exercițiu intelectual până în momentul în care moartea se apropie de sufletul și inima noastră. Atunci se poate dobândi un **înțeles** al durerilor și suferințelor.

Fiecare dintre noi va supraviețui într-un mod unic, într-un timp personal, căpătând deprinderi și sisteme de suport proprii, înțeles asupra relațiilor de pierdere ș.a.m.d. Nu există o modalitate corectă de a suferi.

Etapele și treptele doliului sunt discret ghidate de către consilier, care-l asistă pe cel prins în astfel de mreje. Adesea un travaliu de doliu și de separare constructivă, eventual însoțit de un travaliu de iertare, după caz, este binevenit într-o terapie de suport. Parkes (1972, p. 110) recunoaște că supraviețuitorii devin în prima fază a doliului amorțiți și nemișcați. Apoi refuză ajutorul, devin elastici în conștiință, uluiesc prietenii și chiar propria familie prin această calmă abilitate de a funcționa, se reîntorc la muncă după câteva săptămâni de stat și de privit, se cred mai profunzi și mai pricepuți în înțelegerea vieții.

Această stare care însoțește pierderea poate dura câteva săptămâni sau chiar luni, după care vine **vremea revenirilor și a redresării.** Rudele se reîntorc la casa lor, prietenii realizează că-ți merge din ce în ce mai bine și că se pot reîntoarce la propria lor viață, să-și trăiască amarul zilei de mâine.

Văzându-te singur, amorțit și șocat de cele întâmplate, nevenindu-ți să crezi cele ce ai trăit, începi să te simți dezorganizat și să simți că nu-ți mai pasă de ceea ce cândva se chema convențional ordine. Realizezi că viața se schimbă mereu și că ceea ce ți-a aparținut cândva nu se mai reîntoarce la tine. Trăiești experiența singurătății, goliciunii, izolării și fragmentării. Rugul interior arde întruna și nu se mai mistuie.

Micile probleme de altădată devin de astă dată munți de netrecut, deciziile sunt ilogice, farfuriile murdare se scufundă în chiuvetă ș.a.m.d. Interiorul devine șifonat și fărâmițat. Persoanele anterior organizate vor face lucruri de-a dreptul bizare, pentru a crea aparențele că pot păstra ordinea și controlul.

Dacă, în această perioadă, apar și alte pierderi, atunci o reîntoarcere la starea inițială, descrisă anterior, este iminentă.

Odată depășită această etapă, reapare **reorganizarea**. Aceasta înseamnă că urmează și alte zile în care memoria nu-ți va fi ocupată doar de cel iubit și dispărut, starea de somn se apropie de normal, lacrimile și singurătatea încep să dispară, angajarea în sfera socială și comună celorlalți devine mai aproape de sufletul tău.

Viitorul este anticipat mai pozitiv, apare și bucuria restabilirii prieteniilor.

Aniversarea la o perioadă de timp a decesului înseamnă un nou moment de confuzie. Emoții puternice te vor încerca. Este normal să fie așa, dar fără durere și stres. **Reconcilierea cu pierderea și reintegrarea în viață este tot ce-ți mai rămâne.** Semnele acestora încep să apară în primul an și, mai apoi, în anii ce vor mai urma. Sufletul mâhnit este pregătit pentru orice fel de întâmplări. Nimic și nimeni nu-l mai poate lua prin surprindere.

- **Prima țintă este aceea de a accepta realitatea pierderii suferite.** Înainte de confruntarea cu pierderea și acceptarea ei, înainte de recunoașterea emoțională și intelectuală a adevăratei și ireversibilei separări (cel puțin în această lume), procesul durerii este deja început.
- **A doua țintă majoră se referă la începerea procesului de angajare practică în durere și suferință**, o provocare pentru lacrimile și expectațiile noastre culturale, dar și pentru puterea de a reconverti cât mai rapid, în propriul nostru interior, cele întâmplate. Durerea poate produce un disconfort profund celor care parcă nu sunt afectați de ea, celor care o neagă. Prezențe întâmplătoare sau contexte de hazard pot

aduce neplăceri. În zilele noastre, oamenii se simt vinovați și le este *rușine de durere, nu se mai recunoaște antica* nevoie omenească de a trăi și prin suferință. Există o mulțime de lucruri și fapte care pot ajuta procesul îndurerării.

Acesta este un moment în care blamarea de sine și blamarea altora apare în prim plan. Viața poate fi înfășurată în regretele lui „dacă": *„Dacă nu m-aș fi născut!"* ș.a.m.d. Suferința absolută regretă chiar și ziua nașterii, așa cum plângerea lui Iov ne-o demonstrează, regretă ziua cunoașterii iubitei care te părăsește, regretă ziua ceasului fatal când fu să fie, regretă tot ceea ce se leagă de disperare. Ce să mai vorbim de roluri și lucruri majore ca iubirea, sentimentul apartenenței, finanțe, poziții comunitare etc. Cererile și strigătele după ajutor nu sunt totdeauna auzite. În astfel de situații, **rolul specialistului consilier este de a valida cunoașterea și sprijinul sentimentelor de doliu, încurajarea ventilației durerilor și prevenirea altora de același gen.**

Tot ce trebuie să faci este să asculți atent și empatic, fără a judeca și fără a da sfaturi.

- **A treia țintă** importantă privește **ajustarea contextului și circumstanței în care se petrec pierderile**. Înseamnă cristalizarea și respectarea diferențelor individuale de vârstă, gen, etnie, credințe spirituale și religioase, ale percepțiilor sprijinului extern, ale instinctului de supraviețuire, ale evenimentelor curente de viață, ale importanței relațiilor interpersonale. Durerea se amplifică în magnitudine odată cu pătrunderea traumelor în întreaga familie, afectând toți membrii familiei. Problemele par complexe și fără soluții la prima vedere. Modificările pot fi atât de pregnante, încât se pot schimba deprinderi care păreau deja consolidate: un anumit fel de a găti, de a conduce, de a planta pomi în grădină, de a face cumpărături etc.Unele roluri pot fi drastic diminuate. Noile deprinderi par a fi distrugătoare – și nu este imposibil să și fie. Ajutor pentru reale și adecvate deprinderi practice poate fi obținut de la prieteni, colegi, grupuri de suport, specialiști și chiar de la alți părtași de suferință. Ajutorul propriului consilier este de un real folos în învingerea momentană a durerii.

Iată un scurt **exemplu** de ajutor dat de către **Doru Buzducea**, în calitate de consilier (op. cit., p. 174), unui copil de 9 ani, semiabandonat într-o clinică de imunodeficiență pentru copii. O scrisoare pe care acesta dorea să o trimită mamei sale. Nu știa să scrie, pentru că de la vârsta de 5 ani a fost lăsat mai mult în spital decât acasă.

„Dragă mamă,

Te rog să-ți faci timp să vii pe la mine la spital, pentru că mi-e dor de tine. Am vorbit cu domnul doctor Sorin, care mi-a spus că s-ar putea să vin într-o zi,pe acasă cu Doru, să vă vizitez. Plâng mereu când mă gândesc la tine. Aş vrea să vin de tot acasă. Ce mai fac frații mei? Unde îmi este biciul meu, măi mama? Când o să-mi cumperi calculatorul, jocul mecanic, jucăriile promise şi îmbrăcămintea de care am nevoie? Am strâns câteva hăinuțe care au rămas mici de mine, pentru sora mea Petra şi chiar câteva pentru Bobi.

Cu drag şi dor, băiatul tău,
Cătălin din Colentina.

Azi, 4 iunie 1998".

Scrisoarea a fost trimisă mamei, care şi-a mărit frecvența vizitelor la spital.

Copiii sunt extrem de sensibili la separare. Ajutorul poate veni de la terapeutul familial, de la consilierul şcolar, de la învățător şi profesor, de la partenerul de joacă. Există diverse moduri de a căpăta un sens al securității într-o lume prăbuşită la pământ.

- **Cea din urmă țintă se referă la reorganizarea emoțională şi pătrunderea din nou**, pe uşa din față, **în viață**. Consilierii specializați în pierdere numesc acest lucru **eliberare şi pătrundere**. Totuşi, cei care au iubit cu adevărat nu-şi pot permite întotdeauna eliberarea, pentru că acest lucru implică o izgonire a ceea ce a mai rămas din celălalt în tine, eliminarea imaginilor şi gândurilor despre cel pierdut, ca şi când niciodată nu s-ar fi întâmplat ceea ce de fapt s-a întâmplat.

Durerea consumă cantități enorme de energie, ducând, treptat, la epuizare şi secătuire interioară. Dar când apare **reconcilierea cu pierderea, suferința este capabilă să se transmute într-o experiență mult mai confortabilă.**

Energia este acum capabilă să se reintegreze într-o nouă viață, individul poate accepta prezentul şi se poate angaja în viitor, planificând şi chiar sperând. Specialiştii în pierdere au una dintre cele mai utile obligații profesionale şi morale, aceea de a provoca şi ajuta persoanele care au suferit pierderi la reconcilierea şi reintegrarea durerii şi suferinței. Comunicarea efectivă şi ascultarea activă sunt esențiale acestui proces.

• Transmutarea suferinței – împărtăşire, comunicare şi ascultare atentă

În consiliere şi terapie, deprinderile de împărtăşire, comunicare şi ascultare atentă merg mână în mână şi alcătuiesc împreună „vasul alchimic" al transmutării suferinței într-o experiență de creştere şi maturizare.

A comunica înseamnă a împărți și împărtăși cunoaștere și experiență, a schimba informație, a cristaliza o relaționare plină de înțeles. Înseamnă un efort de a auzi ceea ce spune celălalt, a lua aminte la murmur și suspin, a acorda atenție mișcărilor și gesturilor, a exprima ceea ce simți și gândești la un moment dat, în legătură cu ceva sau cineva. Comunicăm verbal și nonverbal, conștient și inconștient, voit sau nevoit.

Comunicarea se produce prin cuvinte, cântec, mormăit, geamăt, chicote, râsete, dialect, argou, sarcasm, hiperbolă și o multitudine de limbaje care au la rândul lor sub-limbaje cu tonalități, fraze și rostiri specifice derivațiilor etnice și culturale. Comunicăm mai ales emoții și metafore, care adesea au sens și vibrație doar în limba nativă. Felul în care comunicăm stârnește reacții și răspunsuri dintre cele mai diverse. Trebuie să fim tot timpul conștienți de ceea ce dorim să spunem și s-o facem într-o formă cât mai succintă și cu un grad ridicat de acuratețe și rezonanță. Mesajul poate fi transmis prin scris, verbal *(face to face)*, prin atingere sau prin limbajul trupului.

Acesta din urmă, împreună cu expresia facială, ne dau de gol de cele mai multe ori. Să fim atenți și la modul în care cel căruia i-a fost adresat mesajul îl va recepta și înțelege. Important este să fim pe aceeași lungime de undă. Un rol important îl are și contextul în care are loc comunicarea. O bună comunicare are loc atunci când cei care comunică se simt confortabil unul cu altul și acceptă faptul că sunt diferiți și că se vor putea respecta reciproc.

În terapie, comunicarea eficientă cere claritate, deschidere, onestitate, compasiune, confidențialitate, respect pentru alte puncte de vedere, voința de a-ți asuma riscul, recunoașterea și acceptarea faptului că valorile sunt diferite și că prejudiciul este dăunător și chiar prezintă un potențial pericol.

Comunicarea și ascultarea atentă sunt dependente una de cealaltă.

Ascultarea atentă cere liniște, loc ferit de zgomote, continuitate, ușa închisă, telefon scos din priză, țigara stinsă (cel mai bine este să lipsească din context), limbajul corporal intrat în alertă, contact vizual, câmp vizual interactiv fără bariere materiale, minte iscoditoare. Relația interpersonală trebuie să fie relaxantă și calmă, evitând datul sfaturilor sau devalorizarea sentimentelor. Ea se bazează pe **acceptare necondiționată**. Atenție foarte mare la faptul că durerea și jalea nu se exprimă în modalități coerente și că diferențele de limbă, sex, cultură, stil de viață își spun cuvântul. Dacă ai înțeles ceea ce ți s-a spus, atunci **dă asigurare** celui ce-ți transmite mesajele sau reformulează și solicită confirmarea interlocutorului.

Deseori, persoanele care se confruntă cu multiple pierderi nu știu cum să exprime chinul și durerea. Unii exprimă pierderea prin **implicarea în activități** care solicită foarte mult timp și care permit o întoarcere târzie sau chiar deloc acasă. În aceste cazuri se poate sugera o plimbare pe plajă, mersul la film, luarea cinei cu un foarte bun prieten.

Nu sunt excluse nici abuzurile de tutun, cafea sau alcool. De obicei, aceste abuzuri sunt temporare. Mijloacele de reducere a durerii trăite nu trebuie să fie spectaculoase, ci mărunte şi sigure. De exemplu, mersul la gimnastică de trei-patru ori pe săptămână, măcar o masă decentă pe zi, timp de recreere, program raţional de somn.

Stabilirea unui **timp special** pentru jelire, doliu şi plânset înainte sau după muncă înseamnă că individul poate funcţiona normal după aceea în timpul orelor de lucru. Înseamnă căutarea şi găsirea unui loc liniştit, rămânerea acolo 20-30 de minute şi cheltuirea acestui timp împreună cu imaginea celui dispărut (pierdut).

„În mintea ta, vorbeşte cu el, atinge-l, plânge, strigă, gândeşte şi fii cu el atât cât poţi de mult, dar evită idealizarea lui...” Inciziile cu grad scăzut de anestezie sunt, aşa cum este şi firesc, dureroase, dar se pare că procesul de vindecare necesită asemenea scurtcircuitări de redresare.

În altă ordine de idei, parcă ceva magic se întâmplă între cap şi inimă atunci când jalea şi durerea sunt aşternute pe hârtie. „Puterea cathartică **a scrisului** dezvoltă eliberare emoţională şi poate ajuta eventual viaţa să devină mai uşoară” (Rainer, 1978, p. 53).

Ţinerea unui jurnal al lacrimilor, durerilor, temerilor, suferinţelor, disperării şi chinurilor poate fi de ajutor. Cuvintele scrise eliberează memoria şi sentimentele încărcate negativ încep să se ofilească. Se evită şi idealizarea celui pierdut printr-o descriere reală a acestuia. Obiceiurile lui sunt văzute obiectiv, unele fiind iritabile, frustrante, iar altele insuportabile. Dacă, în relaţia cu cel pierdut, a fost prezentă vreo formă de abuz, deşi negată odinioară, acum poate fi povestită în scris. În timpul întâlnirilor terapeutice, supravieţuitorului trebuie să i se dea – atât cât este posibil – asigurarea că viaţa este încă plină de speranţă, frumoasă chiar, provocatoare pe alocuri, plină de oportunităţi şi înţeles.

Există multe alte lucruri pozitive care pot să se întâmple în jurul său. Invită-l să înveţe, să experimenteze. **Gândirea pozitivă** poate fi dezvoltată aşternând pe hârtie câteva lucruri pozitive care i s-au întâmplat: evenimente de viaţă, o scrisoare de la un prieten, un cântec de pasăre auzit într-o seară, un telefon neaşteptat de plăcut, stabilitate financiară, o pisică iubitoare şi orice altceva este pozitiv în viaţa sa.

Concentrarea pe lucrurile bune ajută enorm de mult la echilibrare, măreşte doza de confort, permite recunoaşterea frumuseţii vieţii aici şi acum, dezvoltă un sens al păcii şi securităţii. Supravieţuitorii norocoşi **trec prin pierdere şi suferinţă cu ajutorul prietenilor, familiei, consilierilor specialişti în pierdere şi a partenerilor de suferinţă**. Alţii pot beneficia şi de ajutorul **grupurilor de suport**.

Lucrând într-o clinică de boli infecţioase specializată în tratarea persoanelor infectate cu virusul imunodeficienţei umane, în calitate de

consilier, D. Buzducea (idem op. cit., 1999, 2002, p. 178) a avut posibilitatea de a fi alături de aceştia, de a înţelege măcar în parte durerea şi suferinţa lor, considerându-se un norocos pentru faptul că a ajuns să lucreze acolo unde se spune că iadul a coborât pe pământ. Iată un fragment de mărturisire din experienţa clinică parcursă de el:

„Majoritatea celor infectaţi sunt copii, inocenţi, puri, nevinovaţi, iar unii conştienţi de boala pe care o au. Discuţiile purtate cu părinţii acestora sunt uneori sfâşietoare. Dorinţele şi speranţele acestor copii sunt uneori de-a dreptul uluitoare. În continuare redăm deja celebrele ***«20 de dorinţe ale lui Nicu»****, un copii de 11 ani, infectat cu HIV şi care, aflat în faza terminală, probabil va fi trecut în lumea celor sfinţi atunci când această carte va fi văzut lumina tiparului. Lucrând cu el asupra pierderilor într-o după amiază tristă, am avut inspiraţia să-l provoc la trăirea întru speranţă. Paradoxal, nu? L-am întrebat care ar fi dorinţele lui. Fără să stea pe gânduri mi-a spus: «Ia repede un pix de pe masa mea şi scrie în viteză ce-ţi voi spune eu». Mi-a spus exact ceea ce veţi citi în continuare:* ***«două telefoane staţie poliţie, un lasou ca teroriştii, patru agăţători, costum cowboy, pantofi cowboy, pipă cowboy, tutun cowboy, brichetă cowboy, mănuşi cowboy, îmbrăcăminte cal, cal, găleată cal, cinci frânghii, arc + săgeţi otrăvite pentru pui, ceas ca al lui Doru, suporturi pentru pistol, ţinte cowboy, două ţigări cowboy, undiţă + mulinetă, şapte rulete 5 m».*** *Aceste geniale vorbe ce insuflă speranţă unui copil deja aflat pe patul morţii anulează, parcă, orice altă suferinţă umană."*

Această listă, numită pe bună dreptate «cele 20 de dorinţe ale lui Nicu», a fost prezentată de către echipa de asistenţă psihosocială din cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecţioase Colentina din Bucureşti la cea de-a XII-a Conferinţă Internaţională SIDA, ce a avut loc în iunie-iulie 1998 la Geneva. Analiza conţinutului simbolic al «dorinţelor» este relevantă pentru modul în care copilul poate face faţă suferinţei.

Nici copii nu trebuie uitaţi în procesul consilierii. Nimic nu poate fi mai distrugător pentru un copil decât pierderea unui părinte sau a unui frate, deşi, uneori, durerea lor nu este recunoscută, înţeleasă sau validată. Nerezolvarea acestor pierderi la vremea lor le va afecta viaţa mai târziu.

Copiii îşi exprimă pierderile altfel decât adulţii şi, pentru că nu tot timpul plâng sau sunt în mod vizibil întristaţi, sunt greşit interpretaţi ca simţindu-se bine – când de fapt întregul lor univers plânge şi jeleşte. Polumbo (1978) sugerează faptul că modul lor diferit de a suferi este influenţat de stadiul de dezvoltare cognitiv şi emoţional. **Pierderea prin moarte a unui părinte este în mod evident o traumă, dar nu totul duce în mod necesar la stagnare în dezvoltare.**

Copiii cu vârste cuprinse între **5 şi 7 ani** reprezintă un grup particular **vulnerabil**. Sunt destul de dezvoltaţi din punct de vedere cognitiv pentru a

înțelege ramificațiile permanente ale morții, dar au la îndemână foarte puține mijloace de a le face față. Egoul și deprinderile sociale sunt insuficient dezvoltate; este important de recunoscut că „lucrul cu suferința" nu se desfășoară în același mod ca și cu adulții. Suferința copiilor poate fi reactivată când sunt reactivate evenimente importante legate de pierdere; este important să dezvolți **abordări preventive** pentru copiii care și-au pierdut părinții. Mulți copii nu au acces la consilieri specializați în pierdere sau la grupuri de suport. Cum să explici moartea copiilor? Cum să răspunzi pe înțelesul lor, dar și cinstit în același timp? Copiii care și-au pierdut întreaga familie sunt totdeauna expuși riscului.

Dincolo de înțelegerea noastră este faptul că totdeauna **copiii găsesc resurse să înțeleagă durerea, să supraviețuiască pierderilor, să găsească modalități creative pentru umplerea vieții.** Durerea și suferința sunt **părți naturale** ale vieții noastre.

Punctarea morții cu anumite ritualuri înseamnă o oportunitate de a valida și memoriza viața celui decedat, de a ne acorda suport unui altuia. Din acest punct de vedere, **ritualurile morții echivalează cu o socioterapie.** Separarea geografică poate fi o posibilă piedică în trăirea acestor ritualuri. Dar durerea poate dezvolta și posibilitatea **identificării personale și fortificării Eului, explorării și creșterii** în modalități și sensuri nebănuite până atunci.

• Forme și posibilități de ajutorare: atenuare – ameliorare – aplanare. Psihosocioterapia durerii dintr-o perspectivă existențială și spirituală

Un cer nou și un pământ nou, pe care să domnească pacea și buna înțelegere. Ideal, amăgire sau posibilă realitate? Privind în istoria umanității de până acum, se pare că un asemenea deziderat nu este cu putință pentru lumea noastră. Practic este imposibil să elimini sărăcia, durerea, bolile sărăciei, infirmitatea sau moartea.

Speranța unei lumi cerești este prezentă nu numai la societățile creștine, ci și la orice tip de comunitate religioasă. Credința în ceva de dincolo de noi și de dincolo de rațiune, nevoia de transcendență, o regăsim în orice perioadă istorică și pe orice meridian al globului pământesc. Plecând de la formele tribale de organizare a vieții societare și până la mutațiile și alternativele moderne, putem constata prezența, într-o modalitate sau alta, a acestei speranțe de mai bine.

S-au spus foarte multe lucruri și încă se mai resimte nevoia unor noi cunoștințe în domeniul pierderilor, durerii, suferinței și morții. Datele pe care le avem provin în special din sfera bolilor terminale precum cancerul, SIDA etc., din cercetările privitoare la stabilirea unor strategii de a face față diverselor

probleme, strategiilor de adaptare, calitatea vieții aplicată la sfera medicală, precum și din cercetările calitative și fenomenologice concentrate pe diferite categorii de pacienți.

Peste toate acestea, pacienții, prietenii și colegii rămân cei mai importanți profesori în acest domeniu al pierderilor. **Supraviețuitorii multiplelor pierderi, ca și supraviețuitorii morții clinice** ne pot ajuta – adesea prin imagini plastice și metafore dramatice – să pătrundem în experiențe umane de mare profunzime. Ne pot vorbi despre **eliberarea sufletului de modelele tradiționale referitoare la suferință, despre reorientarea și modificarea viziunii asupra vieții, despre creșterea sensului suferinței și eliberarea din fricile și temerile dispariției.**

Literatura de specialitate descrie **perspective psihoterapeutice** diferite ce se pot utiliza în domeniul pierderilor și suferinței. **Cele mai frecvente tehnici psihoterapeutice includ**:

- *intervenția în criză;*
- *tratament suportiv;*
- *tehnici de orientare psihanalitică;*
- *tehnici cognitiv-comportamentale;*
- *abordări existențiale și spirituale.*

Freud (1917) și Lindemann (1944) discută problema în cauză ca fiind strâns legată de obiectul pierderii. Asemenea lui Freud, Bowlby (1971, 1975, 1981) și O'Neil (1989) consideră durerea ca fiind răspunsul emoțional la suferință și pierderea atașamentului figurilor primare.

Una dintre implicațiile acestei teorii se referă la faptul că impactul pierderilor poate fi redus prin realizarea unei **atașament de substitut**, prin sprijin emoțional, informare și educație, precum și psihoterapie individuală, de cuplu sau familială (Solomon și Mead, 1987; Dilly, Pies și Helquist, 1989; Winiarski, 1991). Impactul existențial al pierderilor asupra unei persoane este enorm.

Dezvoltarea psihologică normală necesită, printre altele, părăsirea cuibului familial și dezvoltarea unui sens al propriului Eu/ Sine.

Prima jumătate a vieții cuprinde: experiența separării și a căpătării identității, cristalizarea independenței în fața părinților, dezvoltarea unor relații pline de sens, învățarea unor lucruri noi despre lume și viață, dobândirea prin muncă a unui status social, învățarea unui mod propriu de a te bucura și de a-ți crea un sens al vieții.

Cea de-a doua jumătate a vieții este marcată de un declin al obiectivelor și scopurilor stabilite în prima jumătate a vieții și pregătirea pentru moarte. Este o perioadă a stabilizării, a reflecțiilor, conștientizării și acceptării schimbărilor și limitelor propriei vieți (Jung, 1956, 1960; Gordon, 1978, 1993; Baker și Wheelwright, 1982). Într-o dezvoltare normală, în jurul vârstei de 35-40 de ani apar schimbări majore de atitudine față de viață.

Crizele aduc cu sine şi posibilitatea creşterii personale, ca şi posibilitatea de distrugere şi risipire a achiziţiilor anterioare. Noi soluţii sunt necesare, iar lipsa de perspectivă în rezolvarea acestor crize măreşte pericolul dezorganizării. O dezvoltare normală aduce cu sine **recunoaşterea** şi **acceptarea crizelor**, de orice natură ar fi ele. Există crize biologice, psihice, culturale: separarea de cei dragi, moartea părinţilor, decese ş.a.m.d.

Criza, de obicei, implică evenimente asociate cu pierderea şi o experienţă asociată cu întreruperea ataşamentului faţă de persoane, locuri sau lucruri. Implică situaţii de modificare a modelelor comportamentale, circumstanţelor şi planurilor de viitor.

Pierderile reprezintă şi un moment de reevaluare a ideilor, părerilor şi opţiunilor de viaţă pe care persoana se baza până la acel moment. Pot apărea noi înţelesuri şi adaptări (Liberman, 1975; Zinkin, 1989). **Dar ele reprezintă şi un pericol pentru psihic.** Pierderea şi durerea trebuie **acceptate pentru a putea fi depăşite.**

În calitate de profesionişti implicaţi în acordarea de sprijin psihoterapeutic persoanelor care se confruntă cu multiple pierderi, considerăm că de cele mai multe ori ne confruntăm cu situaţia de a căuta speranţa acolo unde nu există. **Moartea** este de neevitat şi vine când eşti sau când nu eşti pregătit, vrând - nevrând. Dar **acceptarea ei, odată produsă, şi descifrarea sensului ei ca parte a unui ciclu natural pot deschide drumul unei experienţe evolutive spirituale.**

Dialogul cu pacienţii pe marginea tratamentului şi prognozelor este esenţial în informarea lor despre schimbările ce vor să vină. Discuţiile despre procesul morţii devin din ce în ce mai dificile pe măsură ce timpul se apropie.

Identitatea este marcată de experienţele care produc rupturi, separări în relaţiile interpersonale. Pierderile ridică înalte provocări filosofice: merită sau nu să trăieşti?; dilema de a rămâne între oameni sau a te izola; retragerea sau asumarea unor noi responsabilităţi; găsirea unor sensuri atunci când eşti înconjurat de nonsensuri etc. Imaginea de sine poate fi alterată, activitatea sexuală suferă schimbări, proiectarea viitorului poate fi gândită în mod pesimist, apar schimbări de personalitate, interogaţii cu privire la sistemul de valori etc.

Prin aceste schimbări majore, **asumpţiile de bază despre Univers sunt modificate**. Toate acestea se află în interdependenţă şi acţionează simultan. Există supravieţuitori care vorbesc şi despre **modificări pozitive**, care au loc în personalitatea lor prin apariţia pierderilor sumative: **devin mai deschişi la diversitate, sentimentele de compasiune se intensifică, ajung să se împrietenească cu sine şi să se cunoască mai bine**.

O parte a identităţii este proiectată în viitor. *„Ce tipuri de relaţii vor fi importante pentru mine în viitor? Ce priorităţi voi stabili în cheltuirea timpului?"* Toate aceste proiecţii ale viitorului implică oameni. Viitorul ridică

problema incertitudinii şi a lipsei de încredere. Aşteptările şi consideraţiile despre viaţă, formate de-a lungul anilor, sunt zdruncinate. Planificarea şi perspectivele viitorului sunt transfigurate. Lipseşte iniţiativa, apare ahedonismul, lipseşte orientarea spre viitor, ruminaţii excesive pun stăpânire pe subiect. „Ostil trecutului, nerăbdător faţă de prezent şi înşelător faţă de viitor" (Camus, 1948, p. 68). Nu de puţine ori se ridică dilema dintre a accepta existenţa destinului sau a-ţi asuma responsabilităţile care decurg.

Stabilirea integrităţii individuale în faţa experienţelor este esenţială în regăsirea de sine. Fiecare persoană există prin ceilalţi. Martin Buber (1970) concluzionează faptul că „omul devine un Eu prin Tu" (p. 80). Relaţia este reciprocă. Oamenii se definesc şi prin rolurile sociale pe care le îndeplinesc. „Pentru subiecţii care au suferit pierderi masive, va exista un sens al pierderii nu numai la nivelul istoriei, ci şi al unei părţi mari a Sinelui" (Shrader, 1992, p. 110). *„Dacă viaţă mea se aseamănă cu o carte, atunci nimeni nu ştie mai mult decât un singur capitol din ea"*, afirma un supravieţuitor.

Yalom (1985, p. 30) afirma că *„Dacă moartea fizică distruge oameni, ideea morţii îi salvează". „Teama de moarte este începutul înţelepciunii"* (Miguel de Unamuno, 1921/ 1954). Confruntarea cu moartea reprezintă o parte importantă a beneficiilor paradoxale de care supravieţuitorii au parte.

Anxietatea răsare din confruntarea cu non-existenţa, dar este ceva mai mult decât teama faţă de moarte. Paul Tillich (1952/ 1980) definea anxietatea existenţială ca fiind „stadiul în care o fiinţă **este conştientă** de posibilitatea sa de a nu exista" (p. 35, s.n.), iar Kierkegaard înţelege disperarea ca fiind un defect, dar şi un merit: *„Posibilitatea disperării reprezintă avantajul uman şi, în acelaşi timp, dezavantajul care-l caracterizează"* (1989, p. 44-45). În confruntarea cu disperarea şi cu lupta între a exista şi a nu exista, supravieţuitorii răspund chiar prin curajul disperării. Disperarea despre care aminteam poate constitui fundamentul unei vieţi viguroase.

Heidegger (1962) distingea între două modele de existenţă: o **viaţă inautentică**, caracterizată de o existenţă falsă, şi o **viaţă autentică**, caracterizată de o existenţă conştientă şi conştientizată. **Disperarea asumată** este **un pas către a deveni mai treaz, mai conştient.**

Alţii pot dezvolta atitudini hedoniste sintetizate în dictonul: „Să ne înveselim acum, căci mâine vom muri!". În confruntările şi frământările acestor supravieţuitori, un subiect al ruminaţiilor macabre îl reprezintă soarta, destinul. Beethoven a spus: „Voi lua soarta de beregată!" – şi a luat-o. Soarta şi destinul sunt esenţiale experienţelor supravieţuitorilor şi cruciale modului sănătos de a se confrunta cu multiplele pierderi. Dar „nimeni nu întâlneşte soarta, decât cel care renunţă la libertate... nimeni nu este osândit, cu excepţia celui care crede în osândă", preciza M. Buber (1970).

Orice supravieţuitor care doreşte să trăiască ceva mai mult decât ca simplă victimă trebuie să facă ceea ce **V. Frankl** sugera în 1959: *„Nu contea ceea ce noi aşteptăm de la viaţă, ci ceea ce viaţa aşteaptă de la noi"* (1984, 98). Aceasta va conduce inevitabil la **schimbări**, incluzând responsabilitat pentru propriul nostru destin.

„Disperarea autentică este acea emoţie care forţează persoana să vină termenii destinului... Disperarea nu este libertatea însăşi, ci o pregătire necesa pentru libertate" (R. May, 1981, p. 235). *„Libertatea este mama tuturor valorilor* precizează psihologul existenţialist Rollo May (1981, p. 6), iar Buber nota că *„Soarta şi Libertatea sunt făgăduite una alteia. Soarta este încurajată numai de ce care actualizează Libertatea"* (1970, p. 102).

Onestitatea şi integritatea sunt adevăratele valori ale vieţii autentice. A trăi viaţă autentică nu este la îndemâna oricui, dar reprezintă o încercare vitală pentru un supravieţuitori.

Mulţi existenţialişti au scris despre faptul că cei care evită lupta c nonexistenţa evită de fapt existenţa, iar psihanalistul Otto Rank descrie nevroticu drept acea persoană care „refuză împrumutul vieţii pentru a evita să plătească datoria (moartea)" (1945, p. 126).

Spiritualitatea aduce multe beneficii supravieţuitorilor multiplelor pierderi. Cu mult înainte de apariţia unor tehnici moderne şi ştiinţifice de psihoterapie adaptate durerii, strategiile cele mai la îndemâna oamenilor au fost **credinţele religioase**. Înţelepciunea izvorâtă din spiritualitate aduce sprijin valoric însemnat. **Spiritualitatea nu elimină suferinţa, ci dezvoltă o modalitate de a-i face faţă şi a dobândi o nouă creştere a personalităţii.** „Ea face viaţa plină de înţeles şi plină de scopuri" (Frankl, 1959/ 1984, p. 87). **Dilema dintre libertate şi destin este profundă şi exact aici este, probabil, punctul în care psihoterapeutul trebuie să intervină.**

Manifestările durerii sunt variabile şi individuale (Martocchio, 1985). Unii supravieţuitori se bucură de sprijin din partea unor grupuri de suport. Alţii beneficiază de ajutorul unui psihoterapeut, iar alţii refuză orice formă de ajutor, preferând să treacă singuri prin drama durerii. Unii preferă să fie ascultaţi în mod empatic, în timp ce alţii preferă sfaturi directe. În timp ce pentru unii ritualurile deţin un loc important, pentru alţii acestea nu-şi au rostul.

Sprijinul social. Fără ajutorul altora, magnitudinea impactului generat de pierderile multiple devine copleşitoare. Supravieţuitorii din studiul lui Shrader confirmă această idee afirmând că „pierderile multiple nu pot fi rezolvate cu succes de unui singur, ci supravieţuitorii trebuie să utilizeze sprijinul din toate părţile de unde poate fi găsit" (1992, p. 140). Nimic nu este mai important în refacere decât sprijinul social.

Supravieţuitorii care nu se izolează, ci caută să împărtăşească propria experienţă cu alţii, vor observa, în primul rând, că **nu sunt singuri**. Unii au

îndurat dureri şi suferinţe similare, iar alţii au descoperit tehnici şi modalităţi de supravieţuire pe care vor să le împărtăşească. Există cineva care îi ajută şi există speranţă.

Sprijinul social este crucial mai ales pentru cei traumatizaţi. În comunităţile evreieşti, de exemplu, prin cutumă se răspunde imediat la suferinţa unuia dintre membrii acesteia (Jay, 1994).

Acei supravieţuitori care se pot baza pe un sistem social format din familie sau prieteni sunt norocoşi. *„Relaţiile apropiate dezvoltă suport continuu, confort şi un sens al securităţii şi stabilităţii într-o viaţă plină de ambiguităţi"* (Jue, 1994, p. 325). Într-un studiu destinat să măsoare influenţa suportului social asupra durerii în rândul supravieţuitorilor homosexuali, Lennon (1990) a concluzionat că suportul social reprezintă o variabilă crucială în determinarea nivelului de distres în rândul acestora.

Supravieţuitorii multiplelor pierderi experimentează schimbări irevocabile în viaţă. Nu există modalitate de a înlocui aceste pierderi. Este o realitate greu de acceptat pentru majoritatea supravieţuitorilor, dar **procesul regăsirii de sine trebuie să înceapă cu înţelegerea şi acceptarea acestei realităţi dureroase**.

De cele mai multe ori, supravieţuitorii sunt copleşiţi şi încearcă să gândească că aşa ceva nu este posibil să fie adevărat. Cu toate acestea, **supravieţuitorii sunt cel mai mult ajutaţi prin confruntarea directă cu realitatea**. O multitudine de pierderi înseamnă o multitudine de dureri. Durerea experimentată este copleşitoare, acumularea durerii **nerezolvate** în forme incomensurabile lasă fără umbră de speranţă orice încercare de redresare.

- **Repere în consiliere şi terapie**

Confruntarea cu pierderile copleşitoare poate tenta supravieţuitorii să ignore trecutul. Închiderea emoţională poate însemna mai mult, dobândirea unui confort – spre deosebire de amintirile dureroase provocate de „lucrul cu durerea" în cadrul psihoterapiei. De aici rezistenţa prin negarea durerii. Dar **durerea este esenţială pentru procesul de vindecare şi creştere**.

Consilierii trebuie să folosească limbajul evocativ, clar şi fără ambiguităţi. Rolul profesionistului este acela de **partener în suferinţă** (Ochberg, 1993).

Pentru cei care se complac însă într-o neputinţă învăţată, se recomandă **terapia directivă**. Una dintre **tehnicile utile** în asemenea situaţii o reprezintă **concentrarea asupra viitorului**.

Cum poţi proceda? Chestionează-l în mod direct despre viitor. Dacă nu este pregătit să gândească la viitor, se pot folosi întrebări de învăluire: *„Dacă nu ai* fi *copleşit de pierderi, ce ţi-ar plăcea să faci/ simţi/ gândeşti?"*. Cei mai mulţi

recunosc faptul că se află **într-o situaţie anormală**, date fiind circumstanţele de viaţă în care se găsesc. Conştientizează faptul că trec printr-o situaţie de dezastru unică pentru viaţa lor.

Grupurile de suport sunt validate ştiinţific şi practic, întrucât reprezintă **o sursă a reasigurării emoţionale**, facilitează accesul la informaţie, contactele sociale şi deţin **cea mai utilă funcţie – aceea de martor la experienţa supravieţuitorilor**. Interacţiunile şi interrelaţionările cu alţi supravieţuitori ai multiplelor pierderi sunt benefice din mai multe **motive**:

- Oferă garanţia faptului că experienţa supravieţuitorilor este înţeleasă.
- Pot reprezenta cea mai terapeutică sursă de refacere.
- Sunt folosite cu succes pentru o largă varietate de probleme, incluzând persoanele suferinde de cancer, alcoolism, văduve, persoane seropozitive, adolescenţi etc.
- Reprezintă o excelentă sursă de informare şi educaţie.
- Oferă cadru de discuţii privind apariţia unor noi medicamente, resurse existente la nivel comunitar, schimb de experienţe şi cunoştinţe.

Funcţiile terapeutice ale grupului:

- **dezvoltarea unui sens al reintegrării şi al universalităţii;**
- **reasigurarea emoţională;**
- **eliminarea sentimentelor de izolare şi alienare**; supravieţuitorii îşi pot exprima durerea şi împărtăşi suferinţa celorlalţi, care nu sunt prea străini de cele ce aud, fiecare dintre participanţi confruntându-se, la rândul său, cu diverse pierderi;
- **validarea şi valorizarea pierderilor suferite.**

Structura unui grup de suport diferă în funcţie de specificul grupului, de problemele pe care le abordează etc. **În cazul grupurilor axate pe multiple pierderi se recomandă doi traineri (purtători ai imago-urilor parentale) şi între 7 – 10 participanţi în mod regulat.** Selecţia participanţilor se face în funcţie de scopul grupului, pierderi comune, precum şi tematică.

Regulile de bază sunt: confidenţialitate şi respect unul faţă de celălalt. Prezenţa a doi traineri este de preferat, întrucât prezintă oportunitatea explorării unor perspective diferite şi reduce din stresul care l-ar putea năpădi pe unul singur (Klein şi Fletcher, 1987), oferă echilibru şi stabilitate grupului, elimină deficienţele care ar putea apărea, asigură continuitate atunci când unul dintre ei lipseşte etc.

Distanţa pe care trainerii ar trebui să o păstreze între ei şi membri grupului este controversată. Există păreri care consideră menţinerea unor graniţe extrem de necesară. Există şi păreri conform cărora trainerii trebuie să se integreze printre participanţi, ceea ce implică asumarea unui risc.

Scopul. „Scopul grupurilor de suport este acela de a dezvolta protecție, mediu securizant unde individul are oportunitatea de a căpăta încredere și a discuta realitatea pierderilor sale cu alții, ale căror pierderi sunt similare" (O'Donnell, 1989, p. 1). Scopul poate fi atins printr-o varietate de căi, care includ: selecția atentă a participanților, stabilirea conținutului și a regulilor de grup, folosirea relaxării și exercițiilor de ghidare a imaginației, educație, evaluare continuă, psihoterapie Balint, modificarea percepțiilor și mobilizarea de a împlini nevoi și dorințe.

Desfășurarea. La început se pune accentul pe angajare, umor, empatie, dorință de a învăța, atitudini cooperante și abținerea de la judecarea altuia, cunoașterea resurselor comunitare și dorința intensă de a participa la grup.

Deseori sunt invitate diferite personalități cu diverse preocupări: jurist, maseur, psihoterapeut (altul decât cel care conduce), alături de un medic-nutriționist, epidemiolog, asistent social, preot etc.

Regulile de funcționare. Regula de aur a grupului o reprezintă **confidențialitatea**. Membrii grupului se ascultă și se respectă unul pe altul, o singură persoană vorbește la un moment dat, se schimbă numărul de telefon, dar nu adresa, punctualitate în începerea și terminarea ședințelor, nu se acceptă consumul de drog sau alcool, aranjarea camerei după terminarea ședințelor ș.a.m.d.

Conținutul ședințelor terapeutice se poate axa pe descrierea procesului durerii și discuții asupra lui; se folosesc casete, fotografii, muzică, poezii; recunoașterea furiei, vinovățiilor, jenei, blamului; comunicarea și învățarea deprinderilor (inclusiv alimentare); exerciții de exprimare a stresului; probleme religioase și spirituale ș.a.m.d. Persoanele din grup sunt părinți, soți, parteneri de viață, prieteni, îngrijitori, rude, cunoștințe, specialiști.

Durata variază de la câteva săptămâni la câteva luni.

Ritualurile.

O altă modalitate cu **valențe terapeutice** o constituie ritualurile. Ritualurile sunt extrem de necesare și utile în comemorarea pierderilor, dezvoltă o perspectivă controlabilă asupra separării și împrospătează aducerea aminte. Ritualurile sunt proceduri formale și solemne, obiceiuri practicate pentru a comemora ceva anume. Simbolizează tranziția, vindecarea și continuitatea (van der Hart, 1983).

Sunt investite cu sens și multe înțelesuri. **Ritualurile sunt o formă a vindecării holistice**, o evidență a modului în care „afectează mintea, voința și inima noastră. Ritualurile mișcă pasiunile" (Kollar, 1989, p. 272). *„Ritualurile pot fi modalități practice de rezolvare cu succes a durerii individuale sau familiale"* (Rando, 1984, p. 105). Ele sunt o modalitate excelentă de actualizare

a pierderii, simbolizând natura sa irevocabilă. Ritualurile care supraviețuiesc în timp vor structura timpul, în așa fel încât aducerea aminte va lua contur și formă sufletească. Serviciile memoriale, funerariile și veghea (priveghiul) sunt cele mai comune forme de ritualuri pentru cazurile de deces. Acestea sunt **extrem de importante pentru supraviețuitori.** Aceste ceremonii îndeplinesc o sumă de funcții valide (Fulton, 1995):

- întrerup rutina zilnică;
- aduc în prim plan realitatea pierderii;
- oferă oportunitate pentru suport;
- stabilesc o punte de legătură între supraviețuitor și cel decedat.

Ceremoniile demonstrează „înțelegerea continuității legăturii dintre viață și moarte" (Kollar, 1989, p. 274) și **pot fi individuale sau colective**. Varietatea ritualurilor diferă de la o regiune culturală la alta, de la un popor la altul, de la o țară la alta. Vom aminti câteva ritualuri, considerate a fi cele mai cunoscute și mai popularizate:

Proiectul Numelor *(The Names Project Quilt)*, folosit la comemorarea celor care au murit din cauza maladiei incurabile (SIDA). Este cea mai răspândită formă de aducere aminte în asemenea situații.

Ritulul reamintirii. Alți supraviețuitori preferă să păstreze scrisori, fotografii și alte obiecte de aducere aminte.

Comemorarea anumitor zile care, și înainte de a muri cel drag, erau sărbătorite împreună: ziua de naștere a celui decedat, o sărbătoare cu adânci semnificații etc.

Răspândirea cenușii celor care au fost arși la crematoriu reprezintă un moment special, dureros și solemn pentru familie și cei apropiați.

Scrierea unui necrolog, ceea ce implică un efort colectiv din partea celor apropiați.

Amenajarea unui loc special pentru îngroparea celui decedat, ornamentarea cu diferite simboluri care să ajute la comemorarea pierderii.

Vizitarea unui loc special, acolo unde mergeau din când în când numai cu cel drag și acum pierdut – locul în care cei mai mulți supraviețuitori mărturisesc că pot „sta de vorbă" cu cel decedat. Pot merge acolo pentru regăsirea de sine.

Frecventarea săptămânală a unor grupuri de suport poate fi un alt ritual pentru supraviețuitori.

Specialiștii cei mai apropiați de sufletul celor care au trecut prin durerosul proces al multiplelor pierderi sunt consilierii, psihoterapeuții și asistenții sociali.

Un rol important îl dețin adesea și voluntarii implicați într-o asemenea muncă. Profesionistul trebuie să fie conștient de unicitatea domeniului și de **specificitatea** sa în comparație cu alte probleme care necesită psihoterapie. **Funcțiile terapiei includ educație, nevoia de a acorda sprijin emoțional continuu, transpunerea în starea de părtaș la suferință, asigurarea confidențialității.**

Evaluarea inițială include gândurile clientului, deprinderile acestuia, pierderile anterioare, stresorii existenți, magnitudinea și impactul pierderilor, strategiile de care dispune, rețeaua socială în care conviețuiește etc. Supraviețuitorul vine la **psihoterapie** pentru **a găsi ușurare** pentru problemele și durerea sa, pentru **a descoperi o altă perspectivă asupra pierderilor**, pentru a obține împreună cu terapeutul **o reașezare și o interiorizare corectă a celor întâmplate**.

Creșterea personală apare în timpul acestui proces de asistare și reașezare valorică a experienței avute. Cel mai util consilier este acela care deține deprinderile fundamentale pentru munca de psihoterapie și cel care este conștient de specificul problemei cu care se confruntă. Calitatea personalului afectează calitatea îngrijirii primite; „unele persoane sunt mai potrivite decât altele să ofere îngrijire în suferință" (Martocchio, 1985, p. 337).

Cel mai bun consilier trebuie să prezinte următoarele **caracteristici**: să dețină deprinderi foarte bune de comunicare, empatie, compasiune, sensibilitate, prezență personală, abilitate de a fi cu oamenii, conștiință a limitelor personale (Lattanzi, 1982). Și mai folositor este acel consilier **care a trecut poate prin experiențe de pierdere similare sau apropiate clientului și care deține cunoștințe și practică în psihoterapia existențialistă.**

Consilierul trebuie să aibă atitudini de acceptare necondiționată a diferențelor și să respecte diversitatea. Este extrem de important ca dialogul existențial **să nu se focalizeze în mod exclusiv pe problemele prezentate.**

Consilierul ajută clienții să evalueze situația în care se găsesc, să identifice ceea ce vor în fapt, să exploreze alternativele de atingere a scopurilor propuse și să-i încurajeze în efortul de realizare a acestora.

Evaluarea este un efort colaborativ, ghidat totuși de către consilier, care trebuie să fie foarte bine informat asupra complicațiilor suferite de către supraviețuitorii multiplelor pierderi.

Așadar, profesionistul **care decide să lucreze cu supraviețuitorii multiplelor pierderi trebuie să se întrebe și să se analizeze în legătură cu aptitudinile, atitudinile și motivația sa pentru o asemenea muncă. Această muncă cere deprinderi specifice asistării traumelor și dezastrelor existențiale.** Este o muncă dificilă, frustrantă și uneori ambiguă, dar, dincolo de toate acestea, este o oportunitate pentru creșterea personală atât a clientului, cât și a specialistului, de învingere a temerilor și transmutare a suferinței, de maturizare și evoluție spirituală.

ÎNTREBĂRI ŞI PROVOCĂRI

1. Care sunt principalele metode şi tehnici utile în asistarea durerii produse de maladiile incurabile?

2. Discutaţi cu câţiva specialişti care asistă bolnavi incurabili. Identificaţi prin dialog problemele lor emoţionale şi stategiile prin care se adaptează solicitărilor din mediul lor profesional.

3. Intraţi în contact cu câteva familii care au suferit pierderea unui membru în urma unei maladii incurabile. Observaţi-vă pe voi înşivă după această experienţă de contact.

4. Vizitaţi o secţie clinică de copii infectaţi cu virusul HIV. Stabiliţi un contact de suport şi notaţi-vă experienţa.

CAPITOLUL XIV

Psihoterapia în toxicodependență

Acest capitol include trei modalități sinergice de asistare psihoterapeutică a toxicodependenților: abordarea individuală, abordarea în grup și abordarea familiei, ca parte integrantă din tratament. În tratatul colectiv, coordonat de noi, „Terapia toxicodependenței, posibilități și limite" (Iolanda Mtrofan, coord., Editura SPER, 2003), în cadrul unui proiect al Organizației Salvați Copiii, 2002, au fost elaborate mai multe capitole teoretice, în consens cu cercetările internaționale în domeniu privind strategiile de intervenție complexe, necesare prevenției și tratamentului dependenței de drog și problematicilor complexe generate de aceasta la nivelul familiei și comunității. Trei dintre membrii echipei pe care am coordonat-o, Ioana Stancu (Niculae), Cristina Denisa Godeanu (Stoica) și Seramis Sas, au identificat și structurat principalele forme de tratament psihoterapeutic asociat tratamentului medical, care deține prioritatea în orice program de recuperare și reinserție socială a persoanelor cu toxicodependeță. Am considerat utilă republicarea parțială, revizuită sau integrală a capitolelor referitoare la tipurile și specificul celor trei abordări psihoterapeutice, care pot oferi repere teoretice și metodologice utile celor interesați de acest domeniu special de intervenție.

MODUL 1. Abordarea individuală a toxicomanilor
Ioana Stancu

1. FĂRĂ MOTIVAȚIE, NU EXISTĂ TRANSFORMARE

- **Introducere**

Motivația, ca fenomen psihic, și-a câștigat în timp atenția cuvenită, astfel încât acum se recunoaște faptul că nu se poate vorbi de activitate sau acțiune umană fără a lua în calcul și motivul pentru care au fost săvârșite acestea. De fapt, atunci când spunem că am înțeles de ce cineva s-a comportat într-un anumit fel înseamnă că am deslușit motivul acțiunii sale.

Transformarea personală presupune efort și acțiuni îndreptate în direcția renunțării la anumite atitudini, valori, comportamente și adoptarea, în

locul acestora, a unora noi. Iar acestea nu pot fi realizate fără sprijinul constant al motivației.

Toxicodependența implică o legătura foarte strânsă, fizică și psihică, între o substanță numită drog (legal sau ilegal) și o anumită persoană - consumatorul. Ruperea acesteia și construirea unui nou stil de viață, liber de presiunea și constrângerile drogului, presupune, din partea persoanei dependente, o implicare cognitivă, afectivă, volitivă și comportamentală care nu poate exista fără susținerea energetică a motivației. De fapt, pe o scală a motivației care să se întindă de la puțin motivat până la foarte motivat, toxicodependentul ar trebui să fie situat la nivelul superior al acesteia pentru a putea realiza desprinderea de comportamentul adictiv.

Pe legătura strânsă dintre motivație și schimbare comportamentală se bazează și un model consacrat de intervenție terapeutică în lucrul cu toxicodependenții: interviul motivațional. Acesta va fi descris pe larg în acest capitol după ce, mai întâi, vom aborda motivația toxicomanului, ca element cheie fără de care renunțarea la drog nu este posibilă.

• Motivația – o perspectivă psihoterapeutică

Motivația, ca o stare internă a persoanei, nu poate fi cunoscută direct. Ea se impune a fi tradusă în termeni care să aibă acoperire concretă, să poată fi observați în realitate. Astfel, pentru un psihoterapeut, o persoană motivată se recunoaște după o serie de comportamente: dorește deschis să fie ajutată, este îngrijorată în legătură cu situația sa, este mai încrezătoare în terapeut și procedeele terapeutice, este cooperantă, nu lipsește de la ședințe și depune mai mult efort pentru realizarea planului terapeutic. Motivația clientului este cunoscută după ceea ce acesta spune și face. Ea depinde de o serie de factori care aparțin vieții și personalității individului și, în context terapeutic, poate fi mult influențată de terapeut și intervențiile acestuia.

De obicei, atunci când solicită ajutor din partea unui specialist, **toxicodependentul** vrea și nu vrea să se desprindă de consumul de droguri, este și nu prea este motivat să se schimbe. Spunem că este ambivalent. De aceea, prima sarcină a psihoterapeutului în lucrul cu persoanele dependente o reprezintă **încurajarea implicării motivaționale în propria schimbare,** iar unele dintre modalitățile prin care terapeutul poate face acest lucru sunt:

1. a oferi alternative;
2. a crește dezirabilitatea comportamentului neadictiv;
3. a da feed-back;
4. a ajuta clientul să-și clarifice scopurile;
5. a sprijini clientul să-și îmbunătățească imaginea de sine;

6. a fi flexibil;
7. a fi empatic;
8. a respecta clientul şi opţiunile sale;
9. a te implica activ în procesul schimbării clientului.

1. A oferi alternative

Cei mai mulţi oameni, atunci când ajung prima oară într-un cabinet de psihoterapie sau consiliere, aşteaptă sfaturi: „Şi eu ce să fac acum?", „Ce mă sfătuiţi să fac?". Sunt foarte surprinşi când specialistul răspunde că rolul lui nu este să dea sfaturi, ci să-l ajute pe om să se sfătuiască singur. Însă este adevărat că o intervenţie terapeutică absolut nondirectivă îl poate face pe client să se simtă puţin confuz. De aceea, uneori este util ca specialistul să ofere informaţii competente asupra situaţiei clientului. Aceasta presupune o identificare clară a problemei şi explicaţii pertinente asupra celor mai bune soluţii de abordare. De fapt, specialistul nu dă sfaturi în această situaţie, ci – pornind de la cunoştinţele sale în domeniu – oferă alternative. Iar clientul este liber să aleagă ce soluţie i se pare viabilă sau să-şi găsească propria rezolvare.

Oferirea de alternative, spre deosebire de sfătuire, respectă şi libertatea clientului. El nu va fi „împins" de prestigiul unui specialist să aleagă o cale de acţiune, ci va fi liber să opteze pentru soluţia pe care o consideră cea mai bună. „A oferi clientului alternative face să scadă rezistenţa clientului şi creşte complianţa terapeutică" (William R. Miller, Stephen Rollnick, 1989, p. 23).

2. A creşte dezirabilitatea comportamentului neadictiv

Oare de ce o persoană continuă să consume un anumit drog, deşi este conştientă de multele necazuri care derivă din acesta? Fenomenul nu este simplu, pentru că implică intervenţia mai multor factori. Pe de o parte, persoana are sau crede că are anumite avantaje în urma ingerării substanţei şi, pe de altă parte, nu este (sau nu vrea să fie?!) foarte conştientă de consecinţele ei negative. De aceea, rolul terapeutului este ca, prin intermediul anumitor strategii (unele dintre ele vor fi descrise în paginile următoare), să ajute clientul să conştientizeze costurile consumului şi beneficiile schimbării comportamentale. El trebuie să-l spijine să conştientizeze discrepanţa dintre valorile sale personale şi comportamentul prezent, precum şi multiplele efecte negative ale drogului în toate domeniile vieţii sale.

Pentru a creşte dezirabilitatea comportamentului neadictiv, terapeutul poate implica şi familia toxicodependentului, precum şi alte persoane semnificative din viaţa acestuia. Cei apropiaţi consumatorului pot face ca dependenţa să continue dacă văd consumul de droguri ca pe ceva normal sau, dacă îl protejează pe individ de consecinţele actelor sale. Dacă, dimpotrivă, familia şi prietenii îşi exprimă îngrijorarea, oferă ajutor şi subliniază efectele negative ale consumului, motivaţia pentru schimbare creşte.

3. A da feed-back

Câteodată oamenii nu-şi propun sau nu reuşesc să se schimbe pentru n-au suficiente informaţii despre situaţia lor curentă. O bună cunoaştere prezentului poate fi un element cheie pentru schimbare.

Feed-back-ul terapeutic poate fi oferit în mai multe moduri. Unul din cele mai eficiente ar fi prezentarea rezultatelor unor teste medicale sau psihologi care să arate gradul de afectare a sănătăţii fizice şi psihice de către drog. Prezentarea de informaţii obiective despre efectele drogurilor şi a riscului la care expune un consumator reprezintă un bun element pentru favorizarea schimbării.

4. A ajuta clientul să-şi clarifice scopurile

Oferirea feed-back-ului nu este suficientă pentru facilitarea schimbări. Feed-back-ul este un standard, de obicei exterior. Pentru ca o persoană să-şi modifice comportamentul, standardele trebuie să vină din interior, din normele şi valorile personale. De aceea, atunci când terapeutul ajută clientul să-şi clarifice scopurile şi valorile, el îl ajută pe acesta să facă un pas important în direcţia facilitării modificării stilului de viaţă.

5. A sprijini clientul să-şi îmbunătăţească imaginea de sine

Unii dintre toxicodependenţi au început să consume droguri pentru a obţine o stare sufletească mai bună, pentru a se simţi mai bine în propria lor piele, pentru a avea mai multă încredere în ei înşişi. Aceasta pe de o parte. Pe de altă parte, odată ce dependenţa de drog devine mai puternică, apar tot felul de probleme: familia îşi pierde încrederea în ei, relaţiile cu prietenii neconsumatori se deteriorează, de obicei întrerup frecventarea şcolii sau a serviciului. Acestea fac ca imaginea pe care o au despre ei înşişi să se deterioreze simţitor. De aceea, drumul spre o viaţă liberă de presiunea drogului trece neapărat şi prin îmbunătăţirea imaginii de sine. Toxicodependentul trebuie să creadă că merită o viaţă mai bună şi că are puterea să depăşească obstacolele întinse peste tot de dependenţă.

6. A fi empatic

Empatia terapeutului este un factor ce favorizează motivaţia pentru schimbare. Studiile experimentale au arătat că stilul empatic de terapie este asociat cu un nivel scăzut de rezistenţă al clienţilor şi cu o schimbare comportamentală mai rapidă şi mai durabilă.

Empatia terapeutului este, de fapt, nu numai capacitatea de a te identifica cu experienţa unei alte persoane, dar şi o deprindere de a înţelege clientul chiar dacă nu ai trecut prin experienţe similare. Empatia, ca o deprindere, este influenţată mult de capacitatea de a asculta reflectiv.

7. A respecta clientul şi opţiunile sale

În cazul lucrului cu toxicodependenţii, datorită multiplelor efecte negative ale drogurilor (mai ales ale celor ilegale), apare mai pregnant tendinţa

terapeutului de a impune clientului opțiunile sale. Terapeutul s-ar putea să cadă pradă acestei capcane, încercând să-l convingă că este bine, chiar imperios necesar să renunțe la consumul de droguri. Însă, așa cum vom vedea mai departe, el este ambivalent în această privință și, dacă terapeutul se identifică cu partea care spune „nu mai consuma droguri", clientul va deveni rezistent și va spune că nu are, de fapt, nicio problemă. Apoi, un alt argument pentru care este contraindicat să impui clientului dorința ta este că, în acest fel, îi încalci libertatea, dar îi și arăți indirect că nu ai încredere în capacitatea sa de a decide singur, pentru sine. De fapt, oamenii nu vin la consiliere sau psihoterapie pentru a fi convertiți la sistemul de valori al specialistului, ci pentru a-și lămuri și rezolva probleme care țin de drumul lor de viață. Însă aceasta nu înseamnă că terapeutul nu-l poate ajuta pe client, într-o manieră de respect și acceptare, să conștientizeze efectele reale ale consumului de droguri și să ia cea mai bună decizie pentru sine.

8. A fi flexibil

De obicei, toxicodependenții pot fi caracterizați prin inflexibilitate și ambivalență. Din această cauză, terapeutul ar trebui, cel puțin în prima fază a terapiei, să dea dovadă el însuși de multă flexibilitate. De exemplu, ar trebui să tolereze întârzierile și să încerce să realizeze o ședință completă, chiar dacă clientul a întârziat și chiar să încheie o ședință mai devreme, la cererea acestuia. Odată ce relația terapeutică este realizată, terapeutul poate cere clientului o participare mai constantă și un comportament mai rezonabil.

9. A te implica activ în procesul schimbării clientului

În legătură cu implicarea activă, o singură situație ar fi de discutat aici. Dacă clientul nu vine la o ședință de terapie, ce trebuie să facă terapeutul? Să aștepte să fie contactat sau să-l sune el pentru a-și exprima interesul și a refixa o nouă ședință? Într-o abordare activă, terapeutul ar trebui să aibă inițiativă. Ne-am putea gândi că în felul acesta nu încurajăm responsabilitatea clientului pentru propria schimbare. Însă, în lucrul cu toxicodependenții, primul scop este ancorarea clientului în procesul schimbării (aceasta din cauza ambivalenței) și de-abia apoi, când s-a obținut motivarea schimbării, se va urmări responsabilizarea clientului pentru transformarea sa.

Cercetările efectuate asupra implicării active au demonstrat că un simplu telefon poate chiar tripla șansele reușitei procesului terapeutic.

• Motivația toxicodependentului

Motivația persoanelor toxicodependente este de obicei fluctuantă și conflictuală. Acest conflict poarta numele de *ambivalență* și transpare încă de la începutul consilierii. De obicei, persoana spune: „am nevoie de ajutor", dar

în următoarea propoziție adaugă: „dar nu este o problemă serioasă”. O parte d
sine afirmă, cere sprijin, iar o altă parte neagă existența vreunei probleme.

Dar ambivalența nu este specifică numai persoanelor toxicodependen
A avea sentimente și idei diferite despre ceva este o experiență obișnuită. Îns
în cazul celor cu un comportament adictiv, ambivalența are un rol central
viața lor. Persoanele dependente sunt atașate de drog din mai multe moti
Acestea îi determină ca, în pofida cunoașterii costurilor și riscuril
consumului, să continue să ia droguri.

Uneori, consilierii și psihoterapeuții care lucrează cu persoa
toxicodependente interpretează ambivalența ca pe o problemă care trebu
rezolvată, în sensul convingerii consumatorului de a opta pentru ceva ferm, d
a-l determina să se schimbe. Ce se va întâmpla în această situație? Vor încerc
să-l facă să renunțe neapărat la consumul de drog. Dar strategia terapeutică d
abordare a ambivalenței nu trebuie să fie persuasiunea. Este bine ca terapeut
să nu încerce să-l convingă pe client că trebuie să se schimbe, pentru că, aces
fiind ambivalent, se va identifica cu partea din sine care afirmă că nu es
necesară schimbarea și va rezista procesului terapeutic. În locul „luptei” c
negarea clientului, este mai productivă înțelegerea ambivalenței ca fiind ce
normal, în situația respectivă. Această abordare face să scadă rezisten
clientului și să crească angajarea lui în chiar procesul schimbării. Deci, deși l
o primă vedere pare paradoxal, nu direcționarea clientului către schimbare îl v
ajuta pe acesta să se transforme, ci acceptarea faptului că doar o parte a lui vre
acest lucru, pe când o altă parte a sa spune „nu”.

În locul atacului „monstrului negării”, consilierul ar trebui să înțeleag
mai profund complexitatea dilemei clientului și să facă mișcările ca într-u
prietenesc joc de șah și nu ca în cazul asaltului unui castel (W. Miller, S. Rolnick
1989, p. 38).

Care sunt factorii ce stau la baza ambivalenței toxicodependentului? P
de o parte este atașamentul față de consum, iar, pe celălalt taler al balanței, s
află consecințele negative ale drogului în variate domenii ale vieții.

Atașamentul poate fi înțeles în termenii dependenței fizice. Consumat o
perioadă de timp, drogul produce modificări metabolice ce vor sta la baza une
noi nevoi, neexistente în mod normal în organism: nevoia de o anumit
substanță. Când aceasta lipsește din corp, apar simptome fizice și psihice car
ne arată că organismul cere satisfacerea nevoii nou create. Acesta est
sindromul de sevraj sau răul fizic și psihic care semnalizează scădere
concentrației de drog din sânge. Acum drogul va fi luat pentru a reduce
neplăcerile, iar nu pentru a mai crea o stare de bine.

Un fenomen corelat cu dependența fizică este creșterea toleranței pentru
acea substanță, astfel încât, pentru a obține același efect, trebuie consumată o
doză mai mare. Datorită acestui fenomen, persoana care inițial lua o anumit

cantitate de drog, va ajunge să aibă nevoie de tot mai mult, pe măsura trecerii timpului.

Am spus că o sursă a ataşamentului de substanţă o reprezintă dependenţa fizică. În afara ei mai există şi un alt fel de dependenţă: cea psihică, care creează o legătură cel puţin la fel de puternică între consumator şi drog. Dacă, în cazul primei, ataşamentul se referea la organismul fizic (ce se obişnuise cu drogul până la a avea nevoie de el ca de-o substanţă absolut necesară metabolismului său), dependenţa psihică presupune o legătură între psihicul persoanei şi drog. Cum ia naştere această legătură? Imediat după ce a consumat droguri, individul intră într-o stare modificată de conştiinţă care îi poate oferi idei, trăiri afective şi senzaţii noi, inedite, nemaitrăite. Aceste trăiri nu sunt neapărat plăcute, ele pot fi chiar terifiante. Apoi, în funcţie de persoană şi tipul de drog consumat, trăirile pot fi stimulante sau relaxante. Cert este că acel interval de „bine", de „high" (care poate fi de cel mult câteva ore, scăzând progresiv până la anihilare, pe măsura creşterii dependenţei), împreună cu iluzia că vei scăpa de probleme pentru o perioadă de timp, sunt suficiente pentru a crea o puternică legătură psihică între individ şi drog. De câte ori se va simţi depăşit de o situaţie sau va vrea să retrăiască acele senzaţii, persoana va apela la consumul de droguri. Iar după un timp, drogul va deveni singurul centru de interes al persoanei, o nevoie construită artificial care se cere satisfăcută continuu.

Conflictele motivaţionale sunt de trei tipuri: apropiere-apropiere (persoana trebuie să facă o alegere între două alternative plăcute), evitare-evitare (individul trebuie să opteze între două posibilităţi neplăcute) şi apropiere-evitare (persoana este atrasă de un lucru dar, în acelaşi timp, îl şi respinge). Ambivalenţa toxicodependenţilor este de fapt un conflict apropiere-respingere: persoana are sentimente, idei şi comportamente atât de apropiere, cât şi de respingere faţă de drogul respectiv. Acest tip de conflict este o sursă generatoare de un stres intens. Termenul „atracţie fatală" poate defini metaforic ceea ce trăieşte toxicodependentul: nu poate trăi nici cu drog, nici fără el.

O altă metaforă pentru ambivalenţa toxicodependenţilor poate fi balanţa sau balansoarul. Pe o parte a balanţei se află nevoia de a continua consumul datorită beneficiilor sale iar, pe de cealaltă parte, nevoia de a-l stopa, datorită costurilor. Mai putem să privim balanţa şi dintr-o altă lumină: pe un taler – continuarea consumului, pe celălalt – stoparea lui, ambele comportamente având atât beneficii, cât şi costuri. Iar acestea nu sunt întotdeauna conştientizate de către persoana dependentă. Din această cauză, ambivalenţa este generatoare de confuzii, frustrări şi neînţelegeri atât pentru toxicodependent, cât şi pentru terapeut. „Consilierea şi psihoterapia toxicodependenţilor reclamă întotdeauna o

considerabilă răbdare şi toleranţă pentru ambiguitate" (W. Miller, S. Rollnick, 1989, p. 43).

Ambivalenţa motivaţională este unul dintre cele mai importante aspecte ale comportamentului adictiv. Alături de acest aspect central se mai află însă şi altele, ce nuanţează tabloul ambivalenţei, transformându-l într-o realitate complexă, uneori greu de descifrat.

Un aspect ar fi valorizarea diferită a beneficiilor şi costurilor dependenţei. Două persoane diferite vor acorda altă semnificaţie şi vor reacţiona diferit în faţa unui acelaşi fapt. De exemplu, pentru un individ o problemă de sănătate poate fi un semnal de alarmă, pe când un altul o poate considera ceva nesemnificativ, care poate trece de la sine.

Apoi, aşteptările noastre ne influenţează puternic comportamentul. Dacă un individ vrea să se lase de consum, dar se aşteaptă să nu poată să trăiască fără drogul respectiv, va rămâne să oscileze între cei doi poli – a consuma sau a nu mai consuma, fără a înainta în vreun fel în direcţia schimbării.

De asemenea, contextul social şi cultural influenţează percepţia propriului comportament la fel de mult ca şi evaluarea costurilor şi beneficiilor acestuia. Sistemul motivaţional al clientului nu poate fi înţeles în afara contextului social (familie, prieteni, comunitate).

Reacţiile paradoxale pot „colora" şi ele tabloul comportamentului adictiv şi ambivalenţei. S-a constatat că o creştere a costurilor unui comportament (rezultată din anumite restricţii sociale şi culturale) nu determină individul să reacţioneze într-o altă manieră. Dimpotrivă, chiar o simplă creştere a consecinţelor neplăcute face să întărească motivaţia şi tiparul comportamental respectiv. De ce apare această reacţie paradoxală? Pentru că, atunci când i se impune cuiva o restricţie, aceasta este privită ca un atentat la propria libertate şi ea determină o creştere a atractivităţii comportamentului prohibit, iar nu o scădere.

Comportamentul adictiv mai trebuie înţeles şi din perspectiva scăderii autocontrolului, proces care – în mod normal – ne reglează faptele şi acţiunile. Se cunoaşte că toxicodependenţii au un autocontrol mai scăzut şi o rezistenţă la frustrare minimă.

Toate caracteristicile sus-menţionate ilustrează complexitatea fenomenului ambivalenţei şi rolul central jucat de aceasta în contextul vieţii şi comportamentului unei persoane toxicodependente. Deci, fără a înţelege că ambivalenţa este un fenomen normal şi extrem de complex, un terapeut are puţine şanse de reuşită în munca sa.

În următoarea secţiune vom discuta despre modelul schimbării comportamentale dezvoltat de James Prochaska şi Carlo DiClemente, model ce are ca axă centrală conceptul de „motivaţie". Pe baza acestui model teoretic s-a construit un tip de intervenţie psihoterapeutică specifică toxicodependenţilor: interviul motivaţional.

- **Un model teoretic asupra schimbării umane**

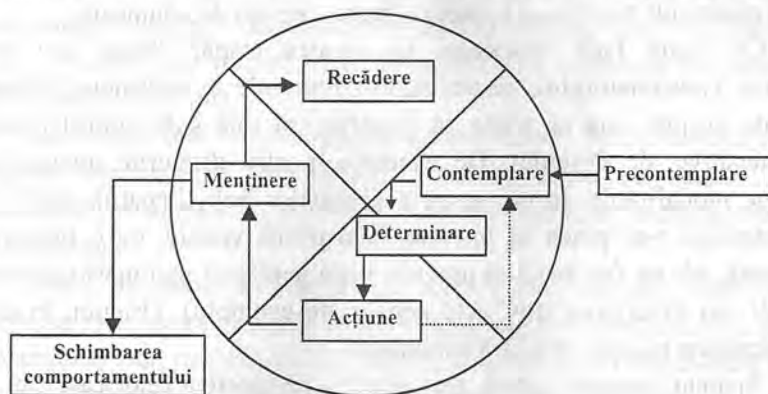
Psihologii Carlo C. DiClemente şi Jim Prochaska au elaborat un model teoretic asupra felului în care oamenii se schimbă. Ei au lucrat mai mult timp în context terapeutic, cu persoane dependente de tutun (fumători) şi au constatat că acestea parcurgeau mai multe etape până când reuşeau să renunţe la fumat. Din momentul iniţial, de acceptare a fumatului şi până la stoparea lui, erau parcurse mai multe etape, fiecare etapă având caracteristici specifice.

Modelul, construit iniţial ca o explicaţie a modului în care se renunţă la comportamentul adictiv în context terapeutic, s-a constatat că poate fi extins asupra schimbării umane în general, fie că este realizată sau nu sub îndrumare terapeutică, fie că este vorba de comportament adictiv sau alt comportament.

Pornind de la modelul schimbării, s-a constituit un procedeu terapeutic de intervenţie în toxicodependenţă (interviul motivaţional), care este consacrat în ţările ce se confruntă de mai mult timp cu problematica dependenţei de droguri. Interviul motivaţional stipulează adaptarea strategiilor terapeutice stadiului schimbării în care se află clientul. Deci, identificarea stadiului este esenţială pentru alegerea celor mai adecvate modalităţi terapeutice, iar ignorarea diferenţelor existente între stadiile schimbării conduce la adoptarea unor intervenţii neadecvate nevoilor individului.

În continuare vom prezenta mai pe larg acest model al schimbării, precum şi cele mai oportune intervenţii psihoterapeutice specifice fiecărui stadiu, urmând ca ele să fie detaliate în subcapitolul următor.

Acest model poate fi reprezentat grafic sub forma unui cerc împărţit în 4 stadii, în care precontemplarea este punctul iniţial de la care poate porni schimbarea, iar determinarea se află la interfaţa dintre contemplare şi acţiune.



Poate fi reprezentat sub forma unui cerc pentru că, de obicei, o persoană parcurge de mai multe ori acest proces până la stabilizarea

schimbării. Prochaska şi DiClemente au descoperit că fumătorii recădeau de 3 până la 7 ori până reuşeau să se lase de fumat. Acest model, dintr-o perspectivă realistă asupra transformării umane, consideră recăderea ca o etapă necesară în procesul schimbării.

Precontemplarea reprezintă stadiul iniţial de la care poate porni schimbarea. Persoana îşi acceptă propriul comportament şi nu intenţionează să modifice ceva în această privinţă. În acest stadiu, pentru individ, nu există nicio problemă. El este împăcat cu sine.

Unii toxicodependenţi ajung în cabinetul de consiliere când sunt în precontemplare. Ei nu vin din proprie iniţiativă, ci la rugăminţile sau presiunile unor persoane apropiate. Dar aceştia nu sunt motivaţi să se schimbe, ei se simt bine aşa cum sunt. Comportamentul lor reprezintă o problemă pentru ceilalţi, iar nu pentru ei. În legătura cu situaţia lor aceştia pot spune ceva de genul: „Nu înţeleg de ce părinţii mei mă tot bat la cap toată ziua. Mai *trag* şi eu câteodată, dar nu fac nimic rău, mă simt bine şi atât. La şcoală mă duc, o să termin douăsprezece clase, o să iau bacul şi o să mă angajez. Dar vreau şi eu să mă distrez. Acum cât sunt tânăr."

„Precontemplatorii sunt descrişi, în general, ca oameni nemotivaţi. Aceasta este o judecată morală, iar nu una obiectivă. Înseamnă de fapt că nu sunt motivaţi să facă ceea ce vor ceilalţi să facă. Precontemplatorii sunt foarte motivaţi, dar sunt motivaţi să continue comportamentul lor, nu să-l schimbe" (Gerald Bennet, 1989, p. 17).

În această etapă un terapeut neexperimentat poate cădea în capcana alianţei cu persoanele apropiate consumatorului, încercând să-l convingă pe acesta, prin persuasiune sau confruntare, că este nevoie să se schimbe. Însă pentru orice transformare există un ritm natural. Fiecare om are propriul ritm de creştere, care nu trebuie forţat. Mai devreme sau mai târziu, datorită faptului că drogurile au multiple consecinţe negative, va apărea – firesc – nevoia de schimbare.

Ce poate face terapeutul în această etapă? Poate să-i câştige încrederea consumatorului, respectându-i opţiunile şi oferindu-i informaţii pertinente despre cum ar putea să limiteze, să ţină sub control posibilele efecte negative ale drogului. De exemplu, pentru drogurile injectabile, să insiste pe modalităţile de prevenire a diverselor boli (hepatită, HIV). Deşi aceste strategii s-ar putea să semene, la o primă vedere, cu o încurajare a consumului, ele nu fac decât să prevadă nişte neplăceri mai mari (contactarea unei boli sau săvârşirea unor acte penale, de exemplu). Oricum, în această etapă, persoana nu este deschisă schimbării.

Aparent nesemnificativă, mai ales din perspectiva celor care „au adus" consumatorul ca să fie schimbat rapid, această abordare are meritul de a construi relaţia terapeutică, fundamentul oricărei intervenţii eficiente, de care va fi nevoie cu siguranţă, în momentul când persoana va fi pregătită pentru schimbare.

Tot în această etapă psihoterapeutul poate oferi informații pertinente consumatorului despre efectele consumului de droguri sau feed-back-uri privind situația lui actuală (pe baza unor teste psihologice), pentru ca acesta să conștientizeze riscurile la care se expune în continuare.

Următorul stadiu al acestui model este ***contemplarea***. Caracteristica perioadei este ambivalența motivațională. Individul a conștientizat unele efecte negative ale drogului și o parte din sine ar vrea să renunțe la a mai lua droguri. Însă el este încă foarte atașat de beneficiile acestuia. De aceea spunem că un contemplator vrea și nu prea vrea să renunțe la drog. Chiar dacă au apărut probleme de sănătate, familiale sau de serviciu, există celălalt taler al balanței pe care pot fi așezate avantajele, ca de exemplu faptul că se simte relaxat sau plin de energie, fără griji și probleme, că este acceptat de un grup de prieteni sau că are o părere mai bună despre sine în momentele de „high". Jocul beneficiilor și costurilor, dependența fizică și psihică, îl fac pe consumator să oscileze continuu între cele două extreme: abstinența și drogul.

Trecerea rapidă de la motivația pentru schimbare la cea pentru perpetuarea comportamentului poate fi extrem de stresantă, chiar pentru terapeut, mai ales dacă nu are el însuși o toleranță crescută față de ambivalență și dacă se lasă „prins" de nevoile stringente ale celorlalți membri ai familiei (ce vor o transformare rapidă a persoanei dependente).

„Contemplarea este stadiul în care mulți clienți așteaptă o informație care să-i determine să facă schimbarea. Ei speră ca o anumită informație să decidă pentru ei. Oricum, indivizii și nu informațile iau decizia, așa că persoana contemplatoare poate intra într-o așteptare foarte neproductivă" (Carlo DiClemente, apud W. Miller, S. Rollnick, 1989, p. 195). Însă este la fel de adevărat că informația relevantă din punct de vedere personal poate avea un impact puternic asupra consumatorului, făcându-l să iasă din punctul inerțial al conflictului motivațional și îndreptându-l într-una din direcții (de obicei înspre schimbare).

Care este rolul terapeutului în această etapă? Există tehnici specifice interviului motivațional care pot fi utilizate acum cu scopul creșterii conștientizării și stimulării conflictului motivațional până la ajungerea într-un punct decizional.

Dacă persoana s-a decis să facă următorul pas către stoparea consumului, spunem că ne aflăm în etapa ***determinării***, când este deja pregătită pentru acțiune. Dar, decizia pentru schimbare nu înseamnă că schimbarea se va realiza în mod automat. Acum rolul psihoterapeutului este ca, prin strategii specifice, să întărească decizia luată și să-l ajute pe individ să găsească cele mai acceptabile și accesibile modalități de punere în practică a deciziei luate.

În această etapă ambivalența nu este definitiv și irevocabil rezolvată. Ea este și va rămâne, chiar dacă la o intensitate mai scăzută, o caracteristică a persoanei. De aceea, lucrul psihoterapeutic include și aici strategii de rezolvare a ambivalenței.

Acțiunea. Odată ce decizia pentru schimbare a fost luată, trecem la etapa ***acțiunii***. Acum persoana se angajează în diferite acțiuni care au ca scop realizarea schimbării.

În această etapă terapeutul are rolul de a monitoriza progresele făcute de client, de a-i oferi suport, de a-l ajuta să aibă încredere în sine și în capacitatea sa de a duce la capăt ceea ce și-a propus.

Ajuns în această etapă, clientul s-ar putea să simtă nevoia să întrerupă ședințele de psihoterapie, pentru că are impresia că și-a rezolvat problema. Dacă nu sunt dificultăți în punerea în practică a planului de acțiune, ședințele pot fi rărite, dar psihoterapia trebuie continuată, pentru că renunțarea la comportamentul adictiv presupune o asistență de specialitate mai îndelungată.

În mod normal, stadiul acțiunii durează 3-6 luni pentru a fi complet, pentru că este nevoie de timp pentru a stabiliza un nou pattern comportamental.

Menținerea. După stadiul acțiunii urmează cel al ***menținerii***, ce constă în stabilizarea noului comportament. Acum terapeutul va lucra cu clientul asupra unor strategii de a preveni recăderile. Acestea constau în construcția unor abilități necesare clientului (astfel încât el să nu se mai refugieze în consum în locul înfruntării realității) și în realizarea unor modalități de a face față pulsiunii de a consuma drog. Toți toxicodependenții experimentează „pulsiuni", ce variază ca intensitate și frecvență în timp (uneori sunt trecătoare, alteori pot persista ore). Mulți clienți susțin că aceste pulsiuni pot apărea chiar și după ani de zile după ce adicția a devenit controlabilă, însă cu timpul ele devin mai rare și mai puțin intense. Pentru că sunt situații cu risc crescut pentru recădere, în cabinetul de psihoterapie este necesar să fie dezvoltate strategii de a rezista pulsiunii.

Testul schimbării comportamentale îl reprezintă menținerea comportamentului timp de câțiva ani. Însă, atât în stadiul acțiunii, cât și al menținerii, se poate ca persoana să recadă la vechiul comportament.

Recăderea poate apărea din motive variate: fie persoana a experimentat o pulsiune foarte puternică, căreia nu i-a putut face față, fie în viața acesteia s-a întâmplat un eveniment foarte stresant care să o determine să reînceapă să consume drog. Individul care a recăzut se întoarce la terapeut demoralizat, fără încredere în sine și cu frica că vechiul comportament s-ar putea să fie imposibil de depășit. Rolul terapeutului este de a-l ajuta pe acesta să-și recapete încrederea în sine, în posibilitatea de a putea depăși comportamentul adictiv. Vor fi necesare acum modalități de a-i crește motivația pentru schimbare (care scade simțitor în

urma recăderii), de a-i reîntări decizia pentru acțiune și menținere. Căci ciclul reîncepe. O dată, de câteva ori, până ce schimbarea se realizează. Aceasta este perspectiva optimistă. Din păcate, este posibil ca schimbarea să nu se producă și viața persoanei să fie o continuă rulare de abstinență și consum.

2. TERAPEUTUL FAȚĂ ÎN FAȚĂ CU TOXICODEPENDENTUL

- **Introducere**

Toxicodependentul poate fi considerat o persoană de două ori dependentă de drog: fizic (în cele mai multe cazuri) și psihic. Am spus „în cele mai multe cazuri", pentru că există droguri care nu provoacă dependență fizică, ci doar psihică. Deci, pentru cele mai multe cazuri de toxicodependență trebuie „tratate" ambele dependențe: cea fizică și cea psihică.

Pentru dependența fizică există dezintoxicarea, care constă fie în tratament medicamentos simptomatic, care are rolul de a trata sevrajul (adică multitudinea de simptome fizice și psihice ce apar la întreruperea bruscă a administrării drogului), fie în tratament medicamentos de substituție, prin înlocuirea drogului consumat cu metadonă sau alte produse farmaceutice. Cura de dezintoxicare se realizează în unități medicale și durează, în medie, cam două săptămâni.

După realizarea curei de dezintoxiare, este nevoie de consiliere psihologică sau psihoterapie, intervenții ce se realizează în cabinetele specializate. Deși majoritatea specialiștilor care lucrează în domeniul toxicodependenței cunosc importanța acestei etape ce se adresează dependenței psihice, cei mai mulți o eludează, în condițiile în care dependența psihică este mult mai greu de rezolvat decât cea fizică, iar recăderile se întâmplă, de obicei, datorită acesteia.

În opinia multor specialiști din țara noastră, tratarea toxicodependenței se reduce la dezintoxicare, ceea ce este absolut fals. Aceasta trebuie să constituie doar prima etapă, după care să urmeze consilierea psihologică sau psihoterapia. Se poate vorbi de consiliere psihologică în cazul în care intervenția este de mai scurtă durată (datorită unor factori care nu țin, de obicei, de psiholog) și se adresează cu predilecție desfacerii legăturii psihice construite între persoană și drog. Dar dependența psihică nu este ceva superficial, ci presupune antrenarea întregii personalități în această legătură individ-drog. De aceea, de multe ori, intervenția psihologică are ca scop o restructurare a unor componente ale personalității și, pe baza ei, construirea unui nou stil de viață. În acest din urmă caz, în care se realizează o intervenție mai profundă, de restructurare a personalității, vorbim de psihoterapie.

Dacă specialistul va realiza consiliere psihologică sau psihoterapie ţine de mai mulţi factori: timpul şi disponibilitatea clientului, severitatea dependenţei psihice, structura personalităţii clientului şi, nu în ultimul rând, specializarea sa.

În prima parte a subcapitolului de faţă vom discuta despre personalitatea toxicodependentului, în sensul trăsăturilor de personalitate predispozante pentru consumul de droguri şi a transformărilor suferite de aceasta în urma consumului. De asemenea, va fi prezentat şi un model de evaluare psihologică a pacientului cu probleme de adicţie. Aceasta pentru că este important ca psihoterapeutul să cunoască ce tip de personalitate are consumatorul şi cum i-a afectat drogul viaţa psihică, intervenţia psihologică ţinând seama de aceste considerente.

Apoi vom descrie un model de intervenţie psihoterapeutică în cazul toxicodependenţei (interviul motivaţional), frecvent utilizat în cabinetele de specialitate din ţările care se confruntă cu problematica drogurilor. Acesta poate fi utilizat atât ca model de consiliere psihologică, cât şi de psihoterapie, dacă abordarea psihologică ţine seama de multiplele transformări produse în sfera personalităţii de către drog. Vor fi descrise strategiile optime de intervenţie în funcţie de stadiul motivaţional al clientului.

Ultima parte se va ocupa de etapa menţinerii şi prevenirea recăderilor.

- **Personalitatea toxicodependentului**

Trăsături de personalitate predispozante pentru consumul de droguri

Dependenţa de droguri poate fi considerată ca fiind o rezultantă a intersecţiei dintre un produs - drogul, factori de mediu şi educaţionali şi factori de personalitate.

Deşi nu este scopul capitolului de faţă de a analiza, într-o manieră exhaustivă, factorii ce concură la realizarea toxicodependenţei, totuşi vor fi enumeraţi, cu titlu informativ, şi factorii de mediu şi educaţionali.

Factorii de mediu mai importanţi sunt: deprivările sociale şi economice (părinţi săraci, şomeri, condiţii materiale scăzute), traiul în familii dezorganizate (părinţi divorţaţi, famili uniparentale), traiul în comunităţi dezorganizate, mobilitatea excesivă (de la o localitate la alta, de la o şcoală la alta), accesibilitatea drogurilor şi alcoolului, asocierea cu cei care consumă droguri, istoricul familial de alcoolism, evenimente dureroase: despărţiri, decese etc.

Factori educaționali mai importanți pot fi considerați următorii: disciplina excesiv de severă în familie sau toleranța exagerată, atitudinea pozitivă a părinților față de alcool și consumul de droguri, carențe afective, mediu familial sumbru sau violent, metode educaționale oscilante, ce nu oferă un cadru valoric și normativ coerent, lipsa comunicării sau o comunicare deficitară între părinți și copii. Observăm, prin simpla lor enumerare, că familia, prin disfuncțiile existente în sânul ei și educația inadecvată oferită copiilor, poate constitui un element de risc pentru debutul consumului.

Personalitatea. Totuși, nu toți indivizii care se confruntă cu astfel de condiții de mediu sau educaționale devin toxicodependenți. Pentru că un factor care mediază felul în care sunt receptate acestea este personalitatea. Unele persoane sunt mai fragile psihic, altele dețin trăsături care le „protejează", care le țin deoparte de consumul de droguri.

S-a constatat că există o corelație pozitivă între tulburările de comportament și hiperactivitatea din copilărie și consumul de droguri de mai târziu. De fapt, acestea anunță încă din copilărie că este vorba de o structură de personalitate mai dificilă care, dacă nu este corect îndrumată, poate da naștere unei psihopatii, consumul de droguri fiind – în acest caz – o rezultantă a comportamentului impulsiv ce caracterizează acest tip de personalitate.

Imaginea de sine este un alt factor care poate juca un rol important în debutul și întreținerea consumului de droguri. O imagine de sine defavorabilă, caracterizată prin neîncredere în sine și complexe de inferioritate, poate sta la baza fie a unei atitudini rebele, fie a uneia de retragere socială și timiditate excesivă. Atitudinea rebelă și drogul sunt de aceeași parte a baricadei, de vreme ce a consuma droguri înseamnă a face ceva ce nu este aprobat social, ba chiar este incriminat penal. În extrema cealaltă, timiditatea nu dă posibilitatea realizării unor relații normale și firești și este trăită cu un maxim disconfort. Iar dacă persoana descoperă că există substanțe care te fac să te simți bine, să fii spontan și dezinhibat, drumul până la a le consuma s-ar putea să fie scurt.

Anxietatea. O altă trăsătura de personalitate predispozantă poate fi considerată anxietatea. Anxietatea, ca frică de ceva nedefinit, se traduce în viața persoanelor prin reacții disproporționate față de evenimente, prin inadecvare și mult stres. Drogurile depresive ale sistemului nervos central, ce induc o stare de relaxare, pot ajunge să fie folosite de către anxioși pentru a scăpa de această suferință psihică.

Copiii cărora nu li s-a refuzat nimic, care primesc tot ceea ce-și doresc fără să li se pretindă ceva în schimb, riscă să dezvolte personalități hedoniste, pentru că viața este văzută ca un șir de plăceri și nicio faptă care ar putea să ducă la plăcere nu trebuie ratată. Deci, **hedonismul**, ca atitudine pozitivă față de tot ceea ce este plăcere, este un **factor de „risc"** pentru consumul de droguri.

Un mediu educațional favorabil drogurilor poate să conducă la formarea unor norme și valori în care consumul de droguri să fie considerat comportament firesc. Aceste atitudini pozitive față de droguri pot să predispună la toxicodependență.

Personalitatea, în drumul ei către maturitate, parcurge un drum complicat și destul de dificil, în anumite perioade ale vieții. Adolescența este o etapă caracterizată prin multe transformări fizice și psihice ce fac ca cei care o parcurg să fie vulnerabili, din multe puncte de vedere. Adolescenții sunt o populație de risc pentru droguri (de fapt, cele mai multe debuturi au loc în această perioadă), pentru că personalitatea lor este încă imatură, valorile nu le sunt bine conturate, iar tentația de a încerca cât mai multe lucruri noi este foarte prezentă.

Cele afirmate anterior în legătură cu personalitatea ne fac să ne gândim dacă toxicomanii sunt personalități care intră în sfera psihopatologiei sau sunt doar personalități cu un oarecare grad de fragilitate psihică.

După Antoine și Maurice Porot (1999), **utilizatorii de droguri pot fi clasificați în mai multe categorii:**

a. Psihotici și prepsihotici;
b. Psihopați;
c. Personalități imature (adolescenți, întârzieri de maturizare);
d. Persoane ce s-au adaptat la presiunea grupului.

Personalitatea adevăraților toxicomani este ***patologică*** (a, b), drogurile jucând un rol important în decompensarea acestor personalități fragile. Cei din celelalte categorii nu au o personalitate patologică, ci sunt, de obicei, adolescenți și tineri imaturi, cu trăsături de personalitate predispozante și care trăiesc într-un mediu care favorizează consumul de droguri.

În general, persoanele care solicită consiliere psihologică sau psihoterapie pentru toxicodependență sunt normale psihic (adică nu au afecțiuni psihice), dar au un oarecare grad de fragilitate psihică ce se impune a fi abordată în cursul demersului psihoterapeutic.

• Modificările produse de toxicodependență în structura personalității

Dacă până acum am discutat despre personalitatea „predispozantă", să vedem în continuare ce se întâmplă cu personalitatea consumatorului, după ce dependența se instalează.

Experienţa drogului este ca orice experienţă – semnificaţia sa se găseşte în primul rând în persoană, nu în substanţă, care nu face decât să o elibereze. La ce duce această eliberare, la confuzie sau la perspicacitate extatică, depinde de individ şi de circumstanţe. Indivizii nu găsesc, în pretinsele zboruri pe aripile opiului sau haşişului ori în ameţeala cocainei sau a alcoolului, decât ceea ce resursele facultăţilor lor le permit să invoce, şi asta pentru un scurt timp, înainte de a cădea destul de repede într-o sterilitate spirituală reproductivă.

Sindromul deficitar. Consumul de drog conduce foarte des la aşa-numitul „sindrom deficitar", caracterizat prin:

a. Deficit de activitate: activitatea se centrează în special pe efortul de a-şi procura drogul, justificându-şi inerţia prin raţionamente pseudo-filosofice şi antisociale; este frecvent întâlnit la consumatorii de opiacee;

b. Deficit de funcţionare intelectuală (ideaţie lentă, tulburări ale atenţiei şi memoriei);

c. Deficit de bună dispoziţie şi afectivitate (doar drogul rămâne investit afectiv); starea aminteşte de indiferenţa afectivă a hebefrenicilor şi favorizează apariţia stărilor depresive, în special în timpul dezobişnuirii, ceea ce împinge la reluarea toxicomaniei.

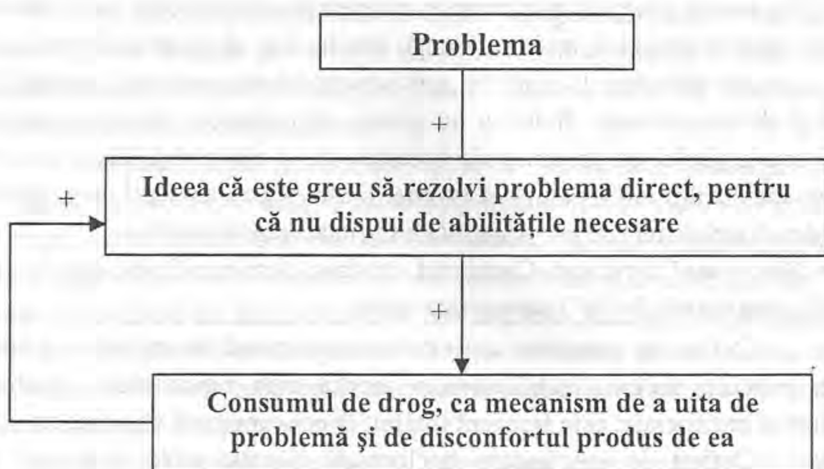
La opiaceee apare un sindrom deficitar rapid şi constant. La halucinogene apar sindroame delirante prelungite, asemănătoare unui tablou schizofrenic. La cannabis apare sindromul de absenţă a motivaţiei, la amfetamine reacţii delirante paranoide, iar la doze excesive de droguri accese confuzionale sau confuzo-onirice.

La un consum prelungit de droguri apare o stagnare a dezvoltării psihice, deoarece persoana toxicodependentă îşi organizează viaţa în jurul procurării de drog şi nu mai este deschisă faţă de alte experienţe ale vieţii, astfel achiziţiile făcute de ea scăzând foarte mult. Implicit vom avea şi o rămânere în urmă a maturizării psihice, iar, atunci când dependenţa apare la vârste mai fragede, repercusiunile se fac simţite în plan psihosomatic.

Odată cu avansarea în dependenţă, pe măsură ce mijloacele materiale scad, apare o degradare a conştiinţei morale, furtul, injuriile, ameninţările, bătaia fiind considerate conduite care intră în normalitatea vieţii.

Dependenţa de drog accentuează conduitele evitante şi ideea de incapacitate, prin mecanismul feed-back-ului. Dacă iniţial drogul creează impresia că poţi să stăpâneşti problemele (prin ignorare), după perioada activă a drogului acestea revin şi mai acut şi persoana ia noi doze de substanţă pentru a se îndepărta de ele (vezi schema următoare).

După mai multe cicluri de acest gen, senzaţia de ineficienţă personală se accentuează şi potenţează, la rândul ei, nevoia de drog. În concluzie, ca o consecinţă a stilului de viaţă pe care îl duc toxicomanii, încrederea în sine scade, iar imaginea de sine se deteriorează.



Având în vedere toate acestea, constatăm că transformările produse de toxicodependenţă la nivelul personalităţii sunt profunde şi pot afecta chiar nucleul personalităţii când dependenţa durează de mai mult timp, de unde necesitatea psihoterapiei, ca o intervenţie de restructurare şi optimizare a personalităţii şi de construcţie a unui nou stil de viaţă.

- **Evaluarea psihologică individuală a toxicodependentului**

Orice intervenţie psihologică, fie că este consiliere, fie psihoterapie, presupune o evaluare iniţială. ***Scopurile acesteia sunt:***

a) cunoaşterea unor trăsături ale personalităţii individului şi înţelegerea situaţiei sale;
b) stabilirea necesităţii unei intervenţii psihologice;
c) determinarea tipului optim de intervenţie.

Pentru că nu există două persoane cărora să li se potrivească acelaşi tip de intervenţie, o evaluare bine făcută ne poate ajuta să determinăm scopurile şi strategiile cele mai potrivite pentru un individ.

Atât evaluarea, cât şi demersul ulterior sunt realizate, de obicei, de aceeaşi persoană. În această situaţie este bine ca evaluarea să nu aibă loc chiar în prima şedinţă, când se stabileşte contactul terapeutic şi se realizează o cunoaştere generală a problematicii clientului. Însă clientului i se va spune că, într-una din şedinţele următoare, va avea loc o evaluare psihologică, i se va argumenta necesitatea existenţei ei şi i se va cere acordul în acest sens.

Evaluarea va fi prezentată persoanelor într-o lumină „motivaţională", ca o modalitate de a afla problemele lor şi cea mai bună cale de a le aborda. Celor care sunt convinse că nu au nicio problemă şi că nu este nevoie de evaluare, li se

poate spune: „Poate că ai dreptate, dar cu siguranţă că vom şti asta când vom avea mai multe informaţii. Haide să facem o evaluare atentă şi vom vedea".

Fără o evaluare atentă, nu vom şti tot ceea ce este necesar despre clientul nostru. Multe informaţii despre acesta pot apărea târziu pe parcursul psihoterapiei, împiedicându-ne uneori să le folosim la momentul oportun.

Repere în evaluare. Într-o evaluare comprehensivă a toxicodependentului trebuie avute în vedere mai multe aspecte, astfel încât problematica acestuia să fie acoperită satisfăcător. Aceste aspecte sunt:

1. *Consumul de droguri:*
   - tipurile de droguri consumate;
   - frecvenţa consumului;
   - momentul debutului;
   - modalitatea de consum.
2. *Probleme de viaţă:*
   - probleme familiale;
   - probleme de serviciu/ la şcoală;
   - dificultăţi materiale;
   - probleme juridice.
3. *Severitatea dependenţei:*
   - gravitatea sindromului de sevraj;
   - creşterea toleranţei;
   - frecvenţa nevoii de a consuma drog.
4. *Analiza funcţională:*
   - antecedentele consumului: unde, când, cu cine, în ce momente, în ce situaţii;
   - consecinţele consumului.

Scopul analizei funcţionale este clarificarea sensului pe care drogul îl are pentru un individ anume. Ea este importantă pentru că ne ajută să înţelegem motivaţia clientului pentru consum şi pentru schimbare.

5. ***Efectele drogului asupra sănătăţii – se referă la rezultatele unor investigaţii medicale:***
   - analiza pentru hepatită;
   - testul HIV;
   - alte analize.
6. *Efecte neuropsihologice*
   - dificultăţi ale memoriei;
   - dificultăţi ale atenţiei.
7. *Istoricul familial*
   - antecedente de alcoolism sau altă toxicomanie la părinţii şi rudele persoanei;
   - antecedente de tulburări psihice (depresie majoră, personalitate antisocială) la părinţii şi rudele persoanei.

8. *Probleme personale de natură psihică:*
- depresie;
- anxietate;
- psihoze;
- tentative de suicid;
- probleme sexuale;
- dificultăţi relaţionale.

Pornind de la această evaluare, terapeutul va avea de la început o imagine destul de clară asupra clientului. El va şti, de exemplu, că are de tratat un client cu un consum crescut de droguri şi cu o puternică dependenţă, dar cu puţine probleme de viaţă şi fără probleme biomedicale şi neurologice. Oricum, toate combinaţiile sunt posibile.

Pentru a examina toate aceste opt dimensiuni trebuie aleasă o cale cât mai eficientă. Pot fi utilizate chestionare sau protocoale de interviu destinate special acestui lucru.

O evaluare comprehensivă oferă multe avantaje: o bună cunoaştere a dificultăţilor persoanei şi o adaptare a intervenţiei la nevoile şi caracteristicile individului. De asemenea, această evaluare poate fi făcută şi la sfârşitul intervenţiei terapeutice, pentru a face comparaţia între cele două rezultate. Şi, nu în ultimul rând, o evaluare extinsă permite o măsurare obiectivă a gravităţii situaţiei clientului, scorurile evaluării putând fi folosite în construcţia motivaţiei pentru schimbare.

Deşi psihoterapia toxicodependenţei porneşte de la motivaţia clientului, nu există probe psihologice pentru a măsura cât de motivat este clientul pentru schimbare. Aceasta rezultă indirect din anumite comportamente ale sale: acordul cu terapeutul, acceptarea dialogului, exprimarea dorinţei de a fi ajutat şi complianţa la indicaţiile terapeutice.

Tot acum, în perioada de evaluare, poate fi investigată sumar şi percepţia clientului în legătură cu consumul de droguri. Pe o foaie de hârtie împărţită în două, clientul este rugat să scrie în stânga beneficiile consumului şi în dreapta costurile (dezavantajele) consumului. Această balanţă motivaţională iniţială va fi evident dezvoltată în intervenţia ulterioară.

Altă arie care trebuie investigată este cea a ***pregătirii pentru schimbare.*** Clientul va fi întrebat: a) despre nevoia lui personală de schimbare, b) despre percepţia lui asupra posibilităţii schimbării, c) despre abilitatea de a trece peste obstacolele schimbării, d) despre momentul în care vrea să realizeze schimbarea.

În urma acestei evaluări, clientului i se va oferi un feed-back ce poate avea un rol important în motivarea sa, mai ales dacă rezultatele evaluării nu concordă cu imaginea pe care şi-a făcut-o despre sine.

- **Interviul motivațional (de complianță la tratament)**

Caracterizare generală

Interviul motivațional (de motivare pentru complianță la tratament) este un model de intervenție psihologică, folosit în special în cazul toxicodependenților, pentru că scopul acestuia este rezolvarea ambivalenței motivaționale și luarea unei decizii în direcția schimbării.

Bazele acestei intervenții au fost puse de către psihologul **W. Miller**, în urma unei experiențe psihoterapeutice cu sute de alcoolici și persoane cu alte dependențe psihice. Interviul motivațional poate fi utilizat fie doar ca o modalitate de a „debloca" clientul din punctul în care îl menține blocat ambivalența motivațională, el având resursele necesare de a realiza schimbarea, fie ca un ***preludiu al psihoterapiei***, în sensul de a deschide drumul către o muncă terapeutică ulterioară.

Interviul motivațional implică o varietate de strategii, multe dintre acestea fiind de orientare rogersiană (terapia centrată pe client). În acest tip de intervenție, terapeutul are rolul de a crea o atmosferă pozitivă, în care transformarea personală să se întâmple. Scopul este creșterea motivației clientului, astfel încât acesta să ia propriile decizii în privința problemelor sale. Deci, responsabilitatea pentru schimbare aparține în întregime clientului, iar terapeutul nu face decât să îl susțină.

Interviul motivațional preia multe strategii descrise de Carl Rogers, dar diferă în unele puncte de stilul clasic rogersian sau de alte modalități nondirective (de exemplu orientarea existențială), deoarece poate fi descris ca fiind mai directiv. De obicei, consilierul are în minte un scop clar (reducerea sau stoparea consumului de droguri) și aplică sistematic strategii specifice pentru a atinge acest scop. În acest punct, putem spune că există o oarecare contradicție între afirmații. Pe de o parte, Miller susține că responsabilitatea schimbării îi aparține clientului, pe de altă parte, acesta este puțin „manipulat" să se schimbe.

Noi vom descrie interviul motivațional așa cum a fost construit de către inițiatorul său, urmând ca fiecare psihoterapeut să ia din acesta ceea ce crede că îi folosește în activitatea sa, adaptându-l la cazurile reale.

Se poate vorbi de **două faze** ale interviului motivațional: **construirea motivației pentru schimbare și consolidarea angajării în schimbare.** Prima fază este utilă atunci când persoana este în precontemplare sau contemplare, iar a doua este oportună începând cu etapa acțiunii.

Principii

O idee de ansamblu asupra interviului motivațional ne putem face dacă cunoaștem principiile acestei intervenții:

1) exprimarea empatiei;
2) evidențierea discrepanței dintre comportamentul prezent și obiectivele de perspectivă;
3) evitarea confruntării cu clientul;
4) folosirea rezistenței clientului;
5) creșterea încrederii clientului în eficacitatea sa.

1) Exprimarea empatiei

Stilul terapeutic empatic este definitoriu pentru interviul motivațional. S-a constatat că acesta este un predictor al succesului în terapia toxicodependenței. Stilul empatic este prezent încă de la începutul terapiei și până la încheierea acesteia.

Atitudinea care stă în spatele empatiei este acceptarea clientului, cu gândurile, sentimentele, normele și valorile sale. Acceptarea este incongruentă cu criticarea, judecarea sau blamarea clientului. Dar ea nu înseamnă nici aprobare. Aprobarea sau dezaprobarea cuiva presupun o evaluare, o judecată de valoare conform unor standarde, de obicei propriile standarde. Ori rolul terapeutului nu este de a-l evalua și de a încerca să-l pună în niște cadre pentru a vedea dacă i se potrivesc, ci de a-l înțelege și accepta, indiferent de felul său de a fi, gândi și simți. Această acceptare necondiționată face să crească încrederea clientului în terapeut și chiar în propria persoană, iar încrederea în propria eficacitate este chiar o condiție a schimbării.

Terapeutul trebuie să privească ambivalența ca pe ***o parte normală a experienței umane și nu ca pe o trăire patologică sau defensivă.***

2) Evidențierea discrepanței dintre comportamentul prezent și obiectivele clientului

Motivația pentru schimbare ia naștere când oamenii percep o discrepanță între comportamentul lor prezent și scopurile de viață. De aceea, unul dintre principiile interviului motivațional este de a crea și amplifica această discrepanță. Nu este vorba de crearea unei discrepanțe artificiale, ci de a-l ajuta pe client să sesizeze distanța reală dintre comportamentul lui prezent și obiectivele viitoare. Iar când aceasta se acutizează, tensiunea internă devine atât de puternică, încât este nevoit să ia o decizie: să încline balanța într-o anumită direcție.

Dacă interviul motivaţional este bine realizat, însuşi clientul dă glas îngrijorării în privinţa sa: „Această problemă este mult mai serioasă decât am crezut" sau „Trebuie să fac ceva în direcţia asta".

3) Evitarea confruntării cu clientul

Cea mai puţin dezirabilă situaţie este aceea în care consilierul încearcă să îi argumenteze clientului că are o problemă şi că trebuie să se schimbe.

Interviul motivaţional nu este o intervenţie confruntativă, ci una de creştere a conştientizării problemei.

4) Folosirea rezistenţei clientului

Rezistenţa clientului nu este văzută ca un lucru negativ, ca un semn că acesta nu este deschis către procesul terapeutic, ci mai degrabă ca un semn al unei intervenţii terapeutice inoportune. Dacă se constată creşterea rezistenţei clientului, terapeutul trebuie să schimbe strategia. Deci rezistenţa poate fi folosită ca un feed-back pentru oportunitatea strategiilor utilizate în terapie. Apoi, rezistenţa mai poate sta la baza reîncadrării unor percepţii a faptelor clientului. Când acesta îşi exprimă dezacordul cu ceva, terapeutul poate să-l ajute să vadă lucrurile dintr-o altă perspectivă, în felul acesta făcându-se noi paşi în direcţia schimbării.

5) Creşterea încrederii clientului în eficacitatea sa

Unul dintre scopurile importante ale interviului motivaţional este creşterea încrederii clientului în capacitatea sa de a face faţă obstacolelor şi de a reuşi să se schimbe.

Dacă un client care conştientizează o problemă şi doreşte să se schimbe nu are încredere că va putea, atunci întreaga intervenţie terapeutică nu şi-a avut rostul. Clientul a depăşit ambivalenţa motivaţională, dar este într-un punct la fel de „mort" ca şi atunci când, ambivalent fiind, indecizia nu lăsa loc acţiunii. Acum neîncrederea în capacitatea de a acţiona este la fel de blocantă pentru schimbare. De aceea, pe întreg parcursul interviului motivaţional trebuie acordată atenţie încrederii clientului în capacitatea sa de a depăşi problemele.

În spatele acestor principii se găsesc strategii specifice, care vor fi descrise în continuare. Ele au schiţat doar contextul terapeutic, astfel încât să putem insera elementele mai practice, tehnicile şi strategiile.

• Capcanele psihoterapeutului în lucrul cu toxicodependenţii

Prima întâlnire dintre terapeut şi client poate fi crucială pentru evoluţia ulterioară a procesului terapeutic. Este bine ca, încă de la început, terapeutul să adopte cele mai oportune modalităţi de intervenţie şi să evite „căderea " în câteva capcane, care ar putea submina serios procesul psihoterapeutic.

Acestea sunt (conform W. Miller şi S. Rollnick, 1989, p. 65-71):

1) Capcana întrebare-răspuns;
2) Capcana confruntării cu clientul;
3) Capcana expertului;
4) Capcana etichetării;
5) Capcana centrării premature pe o anumită problemă;
6) Capcana căutării de vinovaţi.

1) Capcana întrebare-răspuns

La începutul psihoterapiei este foarte uşor să se cadă într-un tipar de comunicare în care terapeutul să întrebe ceva, iar clientul să răspundă scurt, prin câteva cuvinte sau prin „da" sau „nu". Această capcană apare datorită nevoii de informaţie ce caracterizează primele întâlniri, dar şi datorită anxietăţii terapeutului, ce vrea să deţină controlul. Ea este, de asemenea, facilitată şi de temerile clientului care, de obicei, nu ştie la ce ar putea să se aştepte şi se simte securizat să răspundă într-o manieră pasivă la întrebările terapeutului. Dăm aici un exemplu de astfel de comunicare (T=terapeutul, C=clientul):

T: Eşti aici pentru a vorbi de consumul de droguri, nu-i aşa?
C: Da.
T: Ce droguri consumi?
C: Heroină.
T: De cât timp consumi?
C: De aproape 2 ani.
T: Ai urmat vreo cură de dezintoxicare în această perioadă?
C: Trei.
T: Şi de fiecare dată ai reînceput să consumi?
C: Da.

Şi dialogul poate continua în acest fel. Aceste întrebări închise (se numesc aşa pentru că lasă loc pentru sau cer doar răspunsuri simple) nu creează terenul favorabil explorării clientului şi elaborărilor de care avem nevoie pentru interviul motivaţional.

2) Capcana confruntării cu clientul

Se produce datorită faptului că terapeutul vrea să impună clientului opţiunile sale (tentaţie frecventă în lucrul cu toxicodependenţii) şi datorită unei înţelegeri insuficiente a interviului motivaţional. Ea apare cam în genul acesta: clientul furnizează câteva informaţii care sugerează o problemă şi atunci terapeutul încearcă să-l convingă că este într-adevăr o problemă serioasă, pentru rezolvarea căreia este absolut necesar să se ia măsuri. Clientul însă, fiind ambivalent, ar putea să declare: „Dar problema mea nu este chiar atât de gravă". Terapeutul, fiind convins că adevărul îi aparţine, va încerca acum să-l persuadeze

că nu este adevărat ceea ce afirmă, că are totuşi o problemă importantă. Şi astfel se ajunge la o confruntare terapeut-client, în care clientul susţine că nu este necesară schimbarea, iar terapeutul încearcă să-l convingă de contrariu.

Din perspectiva ambivalenţei şi conflictului motivaţional, această capcană este uşor de înţeles. Dacă terapeutul vine în sprijinul părţii care afirmă că este o problemă, atunci clientul va „juca" rolul celeia care neagă existenţa vreuneia. Argumentând serios că nu are nicio problemă, clientul va ajunge să fie convins de aceasta (deşi la început el era doar ambivalent). Prin urmare, această capcană a confruntării nu face decât să îndepărteze terapeutul de adevăratul scop al procesului motivaţional: motivarea clientului pentru schimbare.

Ea poate fi evitată prin înţelegerea faptului că fiecare om are dreptul şi libertatea de a avea propriile opţiuni, norme şi valori şi – în acest sens – clienţii nu vin la terapie pentru a fi convinşi de un adevăr sau altul, ci pentru a-şi lămuri propriile adevăruri.

Ascultarea reflectivă, folosită încă din fazele incipiente ale terapiei, poate înlocui cu succes comunicarea confruntativă.

3) Capcana expertului

Un terapeut competent şi entuziast poate cădea într-o altă capcană, cea a expertului. Vrând să arate că deţine toate răspunsurile, el introduce clientul într-un rol pasiv, nedându-i posibilitatea să-şi exploreze şi rezolve ambivalenţa (care reprezintă unul dintre scopurile importante ale interviului motivaţional).

La un moment dat, în cursul terapiei, va veni vremea unor feed-back-uri în care terapeutul, ca expert, îşi va juca rolul său. Dar, în faza iniţială a terapiei, centrarea trebuie să fie pe construirea motivaţiei clientului.

4) Capcana etichetării

Este recomandat ca, în cursul interviului motivaţional, să nu se folosească etichetări de genul: „alcoolic", „drogat" etc., căci acestea sunt ca nişte stigmate sociale şi clienţii au tendinţa de a le respinge şi de a deveni rezistenţi, atunci când iau contact cu ele. Problemele clienţilor pot fi sondate şi fără a li se lipi o etichetă care să evoce o rezistenţă absolut nenecesară. Însă, dacă clientul este înclinat către acceptarea diagnosticului, el nu trebuie descurajat în acest sens (membrii Alcoolicilor Anonimi spun adesea că este important pentru ei să-şi recunoască şi accepte propriul alcoolism).

Ideea evitării acestei capcane este ca terapeutul să nu insiste pe etichetări şi diagnostic, dacă clientul nu este deschis către aceasta.

5) Capcana centrării premature pe o anumită problemă

Anumiţi clienţi simt nevoia ca, cel puţin în prima şedinţă, să fie liberi să-şi exprime îngrijorările şi problemele mai pe larg şi fără a insista prea mult asupra

uneia, în sensul rezolvării sale. De aceea nu este indicat ca terapeutul să-l preseze pentru a ajunge mai repede la problema adicției, în acest caz clienții putând deveni rezistenți. Însă, pentru clienții care vin la terapeut și-și prezintă dependența de drog ca pe principala problemă și îngrijorare, centrarea pe aceasta este foarte indicată.

6) Capcana căutării de vinovați

Mulți clienți, în prima ședință, au tendința de a căuta vinovați pentru problemele lor. „A cui este vina? A familiei, a prietenilor, a mea?", se întreabă aceștia. Ideea este că nu prea prezintă importanță aflarea procentului de vină a celor direct implicați în problema respectivă. Relevant pentru procesul terapeutic este felul în care problema afectează viața clientului și ce se poate face pentru a o rezolva.

Dacă aceste capcane sunt aspecte care trebuie evitate, în continuare vom prezenta strategiile de explorare și susținere care, utilizate corect, vor crea premisele cunoașterii și rezolvării ambivalenței motivaționale a clientului.

- **Strategii de explorare și susținere a clientului**

Cei mai mulți clienți toxicodependenți ajung la cabinet când sunt fie în etapa de precontemplare, fie în cea de contemplare. Ori în aceste etape, ei fie nu sunt motivați pentru schimbare, fie sunt ambivalenți în această privință. Cum spuneam în capitolul anterior, în precontemplare nu există nicio problemă pentru client (de aceea cei mai mulți precontemplatori nu vin din proprie inițiativă la cabinet, ci sunt cumva „împinși" să vină – prin rugăminți, presiuni, șantaje afective), iar în contemplare clientul este ambivalent motivațional – el consideră că are o problemă, dar că nu este așa serioasă încât să necesite schimbarea. De aceea, prima etapă a interviului motivațional se numește „construirea motivației pentru schimbare". Pentru că, înainte de a alege strategiile de intervenție propice rezolvării problemei, clientul trebuie să conștientizeze problema, să-și exploreze și rezolve ambivalența motivațională. Adică să fie motivat pentru schimbare.

Prin strategiile de explorare și susținere, care pot fi folosite pe întreg parcursul interviului motivațional și nu doar în fazele lui incipiente, pe de o parte terapeutul îl ajută pe client să-ți exploreze ambivalența, iar, pe de altă parte, îi dezvoltă încrederea în sine. În același timp, prin intermediul lor, se creează o atmosferă de acceptare și încredere.

Aceste **strategii** sunt:

1) Utilizarea întrebărilor deschise;
2) Ascultarea reflectivă;
3) A fi suportiv cu clientul;
4) Sintetizarea a ceea ce spune clientul.

1) Utilizarea întrebărilor deschise

În prima fază a interviului motivațional este indicat ca terapeutul mai mult să asculte decât să întrebe. Aceasta presupune încurajarea clientului de a vorbi despre problemele sale, de a le explora în vederea cunoașterii. O tehnică foarte folosită pentru atingerea acestui scop este utilizarea întrebărilor deschise, întrebări la care nu poți răspunde printr-o propoziție scurtă.

Unii clienți, când ajung în cabinet, de-abia așteaptă să vorbească, pe când alții au nevoie de încurajare. Întrebările deschise sunt utile în ambele cazuri, pentru că nu-i blochează pe unii și îi stimulează pe alții. Dăm, mai jos, câteva exemple de întrebări deschise:

- *„Fiindcă ești aici, presupun că ai câteva lucruri despre care vrei să discutăm. Spune-mi câte ceva despre acestea".*
- *„Aș vrea să înțeleg cum vezi tu aceste lucruri. Povestește-mi despre asta".*
- *„Înțeleg că tu ai niște probleme cu consumul de droguri. Povestește-mi, te rog".*
- *„Mi-ai spus la telefon, când am fixat întâlnirea, că tu iei heroină de trei ani și că ai vrea să vorbești cu un specialist despre asta. Haide să începem cu momentul debutului, când tu ai consumat prima dată droguri și apoi să vedem ce s-a întâmplat de atunci până în prezent".*
- *„Spuneți că sunteți îngrijorată pentru că bănuiți că fiul dumneavoastră ia droguri de ceva timp. Povestiți-mi mai multe despre acest lucru".*

2) Ascultarea reflectivă

Important pentru ascultarea reflectivă este nu numai segmentul de auzire și înțelegere a ceea ce clientul spune, dar și felul în care se răspunde acestuia.

Reamintim: ascultarea reflectivă **nu** este atunci când:

- dai o directivă, ordoni ceva;
- avertizezi;
- dai un sfat, faci sugestii, propui soluții;
- persuadezi pe cineva;
- moralizezi sau spui clientului ce ar trebui să facă;
- nu ești de acord, judeci, critici sau blamezi;
- ești de acord, aprobi;
- ridiculizezi, învinovățești, etichetezi;
- interpretezi sau analizezi;
- consolezi, reasiguri, simpatizezi;
- chestionezi;
- îi distragi atenția cuiva de la ceea ce spune sau schimbi subiectul discuției.

Acestea nu au rolul de a favoriza comunicarea, ci sunt mai degrabă nişte **blocaje** în calea ei. Clientul va trebui mai întîi să „lupte" cu ele şi de-abia apoi să revină la problemele sale.

Dăm mai jos un exemplu de comunicare neeficientă şi absolut neterapeutică, în care fiecare replică a terapeutului (T) reprezintă un blocaj pentru client (C):

C: Chiar nu ştiu dacă să-l părăsesc!

T: Ar trebui să faci ce crezi că este mai bine! (Greşeala: i se sugerează ce să facă.)

C: Dar chiar asta este problema: nu ştiu ce este mai bine! (Clientul revine la ceea ce spunea anterior.)

T: Ba da, în inima ta ştii! (Greşeala: terapeutul nu este de acord cu ceea ce spune clientul.)

C: Păi, mă simt în capcană în relaţia noastră.

T: Atunci ar trebui să stai o vreme singură şi să vezi ce simţi! (Greşeala: terapeutul dă sfaturi.)

C: Dar îl iubesc şi va suferi mult dacă îl părăsesc.

T: Dar dacă n-o să o faci, îţi vei irosi viaţa! (Greşeala: îl avertizează pe client.)

C: Dar nu este asta un semn de egoism?!

T: Tu nu faci decât să ai grijă de tine. (Greşeala: terapeutul îşi susţine în continuare ideea, îl persuadează pe client.)

C: Dar nu ştiu cum aş putea s-o fac! (Cientul îi spune încă o dată – a câta oară?! – că este indecis.)

T: Sunt sigur că va fi bine! (Terapeutul îl consolează pe client, pregătindu-şi cumva ieşirea.)

Clientul din acest dialog nu este ajutat să-şi exploreze ambivalenţa, dar, în schimb, este împins prematur către o soluţie care nici măcar nu este a lui, ci a terapeutului. Iar acesta nu ascultă absolut deloc, nedându-i clientului nicio şansă pentru a detalia problema şi a o explora. Ce face clientul? Se „luptă" tot timpul cu blocajele furnizate de terapeut şi va fi, la sfârşitul dialogului, în acelaşi punct ca şi atunci când îşi exprima, pentru prima oară, nesiguranţa.

Esenţa ascultării este încercarea de a înţelege cât mai exact ceea ce celălalt spune. Într-o comunicare dintre două persoane secvenţa iniţială (adică ceea ce vrea să spună o persoană) parcurge trei etape până la înţelegerea ei de către cealaltă persoană: codarea semnificaţiei de către emiţător, auzirea şi recodarea ei de către receptor. În fiecare dintre aceste etape se pot produce perturbaţii, astfel încât ceea ce înţelegem s-ar putea să fie câteodată foarte departe de ceea ce a vrut celălalt să spună. Un ascultător reflectiv încearcă să înţeleagă cât mai exact ceea ce i s-a comunicat şi apoi exprimă ceea ce a înţeles într-o altă propoziţie, una afirmativă, nu interogativă.

Pentru că dacă l-ar întreba pe vorbitor dacă a înțeles corect, acesta își va pune el însuși întrebarea dacă este adevărat ceea ce tocmai a afirmat.

Pentru a-i înțelege cât mai exact pe ceilalți, o persoană ar trebui să gândească ea însăși reflectiv. Aceasta presupune conștientizarea faptului că o afirmație poate să însemne foarte multe lucruri. De exemplu, o propoziție de genul „Sunt stresat" poate să însemne:

„Am o stare de disconfort fizic";

„Mi-aș dori să nu mai fiu tensionat";

„Mi-e greu să mă concentrez";

„Iau decizii cu dificultate".

A gândi reflectiv reprezintă încercarea de a alege dintre multiplele variante posibile pe cea mai apropiată de semnificația reală a mesajului transmis. Căci ascultarea reflectivă nu înseamnă a ști cu exactitate înțelesul real a ceea ce ni se comunică, ci a încerca să ghicim cât mai exact semnificația acestuia. Ascultarea reflectivă reprezintă, prin urmare, efortul de a înțelege cât mai exact ceea ce ni se spune.

Există mai multe nivele ale reflectării:

Reflectare ca repetare a unui singur cuvânt sau a mai multora din ceea ce vorbitorul a afirmat. De multe ori se repetă ultimul cuvânt, ca modalitate de a stimula comunicarea.

Reflectarea ca reformulare. Ascultătorul reformulează ceea ce a auzit, fără a modifica prea mult propoziția inițială.

Parafrazarea. Reprezintă o reformulare mai profundă, prin care ascultătorul extinde semnificația mesajului mai departe de ceea ce a vrut să spună vorbitorul, dar ar fi putut să spună.

Reflectarea sentimentelor. Este cea mai profundă formă de reflectare și presupune o înțelegere a dimensiunii emoționale a mesajului.

Deci ascultarea reflectivă este o ascultare empatică, ce se impune a fi folosită substanțial în timpul fazelor inițiale ale interviului motivațional, pentru că duce la crearea unei atmosfere de încredere propice explorării problemelor clientului.

3) A fi suportiv cu clientul

Este foarte util ca, încă de la începutul procesului motivațional, terapeutul să susțină clientul, arătându-i că-l apreciază și-l înțelege. Afirmațiile suportive trebuie să fie făcute doar atunci când terapeutul simte real că apreciază un anumit aspect. Realizate cu sinceritate, ele au un rol important în creșterea încrederii clientului în valoarea și eficacitatea sa.

Pe măsură ce dependența devine mai puternică, consumatorii de droguri sunt angrenați într-o serie de „pierderi": a prietenilor, a încrederii familiei, a serviciului, a hobby-urilor etc. Toate acestea îi fac să își piardă

respectul faţă de ei înşişi. De aceea, aprecierile consilierului, ca venind de la o persoană cu prestigiu social şi prestanţă profesională, sunt adevărate pârghii de reconstrucţie a încrederii în sine.

4) Sintetizarea a ceea ce spune clientul

Este utilă pentru a da un sens unitar afirmaţiilor clientului. Această sintetizare trebuie făcută periodic, pentru a întări lucrurile deja spuse, a arăta că l-ai ascultat cu atenţie şi a-l pregăti pentru o explorare mai profundă. În sintetizările făcute, terapeutul poate include şi rezultatele unor teste, precum şi informaţiile oferite de membrii familiei sau alte persoane apropiate.

Sintetizările trebuie făcute atât la începutul şedinţelor, cât şi la sfârşitul lor, astfel încât procesul terapeutic să fie unitar. O sintetizare majoră este important a fi realizată şi la trecerea de la prima fază a interviului motivaţional (construirea motivaţiei pentru schimbare) la cea de a doua fază (angajarea în schimbare).

- **Strategii de lucru cu ambivalenţa**

Modul cum răspunde consilierul la ambivalenţa clientului este crucial pentru evoluţia motivaţiei lui. Este de evitat strategia de confruntare cu clientul, în care consilierul preia rolul părţii pro-schimbare şi îl forţează pe acesta să adopte un comportament de stopare a consumului. Este mai indicată o strategie de înţelegere, împreună cu clientul, a motivaţiei reale a acestuia, dublată de tehnici de lucru adecvate.

Strategiile de lucru cu ambivalenţa sunt de ajutor în procesul conştientizării de către client a propriei motivaţii. Aplicate corect, ele îl vor conduce pe client să facă diferite declaraţii faţă de situaţia sa (declaraţii motivaţionale): fie îşi va recunoaşte problema, fie îşi va exprima îngrijorarea cu privire la situaţia sa, fie îşi va exprima intenţia de schimbare, fie va fi optimist în privinţa reuşitei schimbării. Aceste declaraţii motivaţionale sunt semne ale trecerii într-un nou stadiu al schimbării, ele arătând ieşirea din contemplare şi pregătirea sau chiar intrarea în faza acţiunii pentru stoparea comportamentului de consum. Deşi foarte puţini, unii consumatori fac asemenea declaraţii chiar de la începutul consilierii şi cu aceştia lucrul trebuie centrat pe acţiunile necesare realizării schimbării. Însă cei mai mulţi fac asemenea declaraţii după câteva şedinţe de consiliere.

Cele mai utilizate strategii de lucru cu ambivalenţa sunt:

1) Balanţa decizională;
2) Elaborarea;

3) Utilizarea extremelor; 4) Explorarea trecutului; 5) Explorarea viitorului; 6) Explorarea valorilor personale; 7) Dialogul ambivalenţei; 8) Utilizarea paradoxului; 9) Feed-back-ul obiectiv.

1) Balanţa decizională:

Se discută cu clientul aspectele pozitive şi cele negative ale comportamentului de consum. Această tehnică îl face pe client să se simtă confortabil (se simte acceptat, căci poate vorbi sincer despre avantajele consumului), dar îl şi ajută să devină conştient de aspectele negative ale acestuia. Pentru a avea o privire de ansamblu a ambivalenţei, se pot discuta beneficiile şi costurile atât ale consumului, cât şi ale stopării consumului.

Dăm mai jos două exemple de utilizare a balanţei motivaţionale cu doi clienţi de-ai noştri. În ambele cazuri am discutat avantajele şi dezavantajele consumului de droguri, cu scopul conştientizării acestora şi rezolvării ambivalenţei motivaţionale.

	Avantaje	Dezavantaje
Primul client	**„Nu au fost decât în momentul când eram sub influenţa drogurilor (heroinei):** - uitam de absolut toate problemele; - iubeam pe toată lumea; - eram mai ordonat."	„• **Probleme în legătură cu casa:** - neplata datoriilor; - dezordine; - vizitele celorlalţi consumatori din cartier, pe care nu totdeauna le agream. • **Probleme de sănătate: cât am fost dependent, a fost sevrajul care era insuportabil (insomnii, dureri de stomac, de oase, stare de vomă, agitaţie, nervi).** • **Probleme în cercul de prieteni:** În momentul în care am început să mă droghez, am simţit cum dintr-o dată toţi prietenii mei acum erau drogaţi, iar cei care nu se drogau, în număr mai mare, mi-au explicat că nu e bine (nu o dată, ci în nenumărate rânduri), dar degeaba, acum eram alt om, nu aveam nevoie de ei, pentru că atunci aveam droguri, dar acum, când nu mai am aşa ceva, am mare nevoie de ei şi mi-a fost destul de greu să intru iar în relaţii cu ei".

Al doilea client	„Eram relaxat. Nu mă enerva nimeni."	**„A doua zi după ce consumam, mă dureau oasele, aveam friguri şi călduri, nu puteam să dorm, eram agitat.** Trei-patru prieteni n-au mai vrut să ne vedem, am început să fur, relaţia cu tata s-a răcit, nu m-au mai interesat fetele. Nu m-a mai interesat deloc şcoala."

2) Elaborarea

În procesul psihoterapeutic, odată cu apariţia unei afirmaţii privitoare la dezavantajele consumului de droguri, este util să îl întrebăm pe client mai în amănunt despre aceasta. Detaliind problema, clientul evocă multe din lucrurile care au stat la baza ei, care îi vor întări motivaţia pentru schimbare. De exemplu, dacă acesta spune: „Relaţiile cu prietenii mei au avut de suferit în urma consumului de droguri", este util să-l rugăm să ne povestească mai pe larg ce s-a întâmplat.

3) Utilizarea extremelor: se discută cu clientul aspectele extreme ale comportamentului prezent (care este cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla dacă ar continua să consume), pentru a deveni mai conştient de comportamentul său.

4) Explorarea trecutului: se discută cu clientul despre perioada de dinaintea începerii consumului şi se compară cu situaţia prezentă. Această tehnică poate fi un puternic stimulator pentru schimbare.

5) Explorarea viitorului: imaginarea schimbărilor care s-ar putea produce în viaţa sa, în absenţa consumului, poate fi o bună modalitate de a conştientiza beneficiile personale ale abstinenţei.

6) Explorarea valorilor personale: se discută cu clientul despre valorile personale (se poate utiliza un set de cartonaşe pe care sunt trecute mai multe valori şi care trebuie ierarhizate). Rolul acestei tehnici este de a descoperi valorile personale şi de a sublinia discrepanţa dintre anumite valori şi comportamentul prezent. Cu cât discrepanţa dintre anumite valori centrale şi comportamentul prezent este mai mare, cu atât clientul va deveni mai motivat pentru schimbare.

7) Dialogul ambivalenţei

Constă în a pune „faţă în faţă" cele două părţi aflate în conflict. Această tehnică este o aplicaţie a tehnicii scaunului gol din gestaltterapie. Tehnica

scaunului gol este introdusă în lucrul cu ambivalența ca suport pentru provocarea unui dialog între cele două părți ale Eului aflate în conflict: „*pe de o parte sunt eu care trag, iar pe de altă parte sunt eu care nu vreau să trag*". Este important ca, în momentul introducerii acestei tehnici, terapeutul să ghideze explorarea, astfel încât cele două poziții să fie bine conturate și definite de către client prin inversiunea de rol. Astfel se accentuează biografia fiecărei părți sau poziții: felul în care „s-a născut" în Eul clientului, procesul dezvoltării fiecăreia, explorarea a ceea ce gândește, simte și cum acționează.

Odată biografiile definite, urmează explorarea relațiilor dintre cele două părți, cu exprimarea gândurilor, trăirilor, atitudinilor. Se introduce în dialog Ego-ul clientului, în vederea conștientizării relațiilor care există între cele două părți conflictuale și a efectelor asupra acestui Ego. Se provoacă astfel dialogul în vederea negocierii integrării sau unificării. Acest dialog al ambivalenței provoacă prin însăși experimentarea lui aici și acum declarații motivaționale pentru schimbare, constituind totodată un eficient instrument de diagnostic al procesului motivațional.

Monitorizarea și evaluarea evoluției dialogului sunt realizate de client, aflat în poziția de observator al negocierii celor două polarități, prin introducerea metapozițiilor în momentele cheie. Detașarea și obiectivitatea oferite de poziția observatorului vor întări și menține dialogul ambivalenței la un nivel ridicat al tensiunii motivaționale.

Treptat, confuzia se reduce, oferind posibilitatea cooperării celor două părți aflate în conflict. În acest moment este necesară o ghidare a explorării, focalizată pe efectele generate de atitudinile, acțiunile și modul de relaționare a părților conflictuale asupra Eului clientului. Se identifică în acest fel resurse și strategii de acțiune comune, care echilibrează procesul de negociere.

După cum se observă, jocul de rol utilizat în variantele de mai sus cuprinde într-o formulă psihodramatică strategiile specifice interviului motivațional, adăugând însă un ingredient favorabil conștientizării unei experiențe complete: trăirea.

8) Paradoxul

Termenul de paradox se poate referi la o serie de tehnici, dar în acest context înseamnă că psihoterapeutul joacă rolul părții care spune că nu există nicio problemă, iar clientul preia celălalt rol, care afirmă că este o problemă. Făcând acest lucru, terapeutul stimulează recunoașterea problemei de către client, a îngrijorării sale în privința consumului și a intenției de schimbare. Această tehnică permite examinarea atentă a ambivalenței și extragerea declarațiilor motivaționale și poate fi utilizată foarte bine cu un client care participă activ la ședință.

9) Feed-back-ul obiectiv

A oferi, atunci când este nevoie, informaţii obiective despre rezultatele unor teste psihologice sau efectele consumului de droguri poate constitui o modalitate de a înclina balanţa în sensul motivării pentru schimbare.

Toate aceste tehnici au rolul de a-l face pe client conştient de efectele consumului de droguri, de a aşeza pe cele două talere ale balanţei (pro şi contra drog) suficiente informaţii, astfel încât, la un moment dat, balanţa să se schimbe clar într-o direcţie: de obicei înspre renunţarea la droguri. Nu există o regulă clară care să stipuleze cum să fie utilizate aceste strategii – uneori există şedinţe în care se utilizează frecvent una dintre ele, dar de cele mai multe ori sunt introduse în procesul terapeutic în momentul când terapeutul sesizează oportunitatea utilizării lor.

În continuare vom discuta despre strategiile de lucru cu rezistenţa, care sunt utilizate de obicei în prima fază a interviului motivaţional.

- **Strategii de lucru cu rezistenţa**

„Rezistenţa clientului este problema terapeutului" (W. Miller, S. Rollnick, 1989, p. 100). Oare totdeauna este astfel? Nu, căci şi alţi factori concură la crearea unei rezistenţe a clientului faţă de procesul terapeutic. Se vorbeşte despre aşa-numiţii killer-terapeuţi, persoane cu o nevoie exacerbată de control, care schimbă terapeut după terapeut, ei nevrând să-şi rezolve problemele, ci să le demonstreze celorlalţi că nu pot fi vindecaţi.

Totuşi, în foarte multe cazuri, rezistenţa este determinată de stilul terapeutic. Dacă se constată o creştere a rezistenţei clientului, este bine ca terapeutul să schimbe modalitatea de abordare. Rezistenţa clientului devine astfel un feed-back pentru procesul terapeutic, căci s-a constatat că un nivel scăzut al rezistenţei este asociat cu o schimbare de durată a clientului.

Este rezistenţa clientului un avantaj sau un dezavantaj pentru psihoterapeut? La prima vedere, pare un obstacol pentru buna desfăşurare a intervenţiei terapeutice, însă în realitate ea este un fel de busolă a eficienţei acesteia. De aceea, ochiul terapeutului trebuie să se formeze pentru a o recunoaşte şi apoi, prin tehnici specifice, să o utilizeze în favoarea evoluţiei transformării clientului.

Aceste strategii sunt utile atât în prima fază a interviului motivaţional, când se construieşte motivaţia pentru schimbare, cât şi în faza a doua, când începe deja implicarea în acţiunea de transformare.

Unii terapeuţi cred că rezistenţa clientului ţine de anumite caracteristici ale personalităţii acestuia. Psihanaliştii clasici credeau că rezistenţa reprezintă simptomul unor conflicte inconştiente care îşi au originea în copilăria persoanei. În abordarea

specifică interviului motivațional, rezistența este văzută dintr-o perspectivă mai pragmatică, prin intermediul căreia să facem ceva în această privință. Anume, cum spuneam și mai sus, rezistența este un rezultat al interacțiunii terapeutului cu clientul. Din perspectiva Prochaska – DiClemente, rezistența apare deoarece terapeutul utilizează strategii neconforme cu stadiul motivațional al clientului.

Cum poate fi recunoscută rezistența clientului? Există mai multe tipuri de reacții prin care se exprimă aceasta:

- *Disputa cu terapeutul* – clientul îi contestă profesionalismul sau integritatea (fie își exprimă neîncrederea în ceea ce acesta spune, fie îl chestionează în legătură cu pregătirea și autoritatea sa personală, fie este de-a dreptul ostil față de acesta).
- *Întreruperea terapeutului* – clientul îl întrerupe frecvent pe terapeut când acesta vorbește sau îi spune direct că s-a plictisit să-l audă.
- *Negarea* – clientul nu-și recunoaște problema, nu cooperează și nu-și asumă responsabilitatea faptelor sale. El are tendința să arunce vina pentru ceea ce i se întâmplă asupra altor persoane, să-și găsească scuze pentru ceea ce face, să minimalizeze riscurile și pericolele propriului comportament, să fie pesimist, să aibă rezerve asupra informațiilor obiective oferite de terapeut, să nu vrea să se schimbe.
- *Ignorarea terapeutului* – clientul îl poate ignora pe terapeut, nefiind atent, nerăspunzând la întrebări sau schimbând subiectul discuției.

Există mai multe strategii de a „lucra” cu rezistența clientului:

1) reflectarea simplă;
2) reflectarea amplificată;
3) reflectarea dublă;
4) bidirecționarea;
5) acordul, însoțit de o redirecționare;
6) întărirea ideii că doar clientul are controlul asupra opțiunilor sale;
7) reîncadrarea;
8) paradoxul terapeutic.

1) Reflectarea simplă

O bună strategie este de a răspunde rezistenței clientului prin nonrezistență, iar ascultarea reflectivă este suficientă pentru atingerea acestui scop. Reflectarea nemulțumirilor, convingerilor, percepțiilor clientului, creează

posibilitatea cunoaşterii acestora, ceea ce vine în favoarea procesului terapeutic, iar rezistenţa iniţială se transformă pe nesimţite într-o explorare personală.

2) Reflectarea amplificată

Constă în a reflecta spusele clientului într-o formă exagerată. Această amplificare poate să genereze două tipuri de reacţii: fie clientul devine mai conştient de gândurile, trăirile, acţiunile sale, fie licitează o altă parte a ambivalenţei sale. Văzându-se în oglinda amplificării, clientul s-ar putea să se întrebe „Dar chiar aşa să fie?" şi va tinde apoi să abordeze mai realist propria situaţie.

Răspunsurile amplificate trebuie realizate într-o manieră suportivă, căci sarcasmul şi nerăbdarea îl pot face pe client să devină şi mai rezistent.

3) Reflectarea dublă

Constă în reflectarea a ceea ce clientul spune, adăugându-se şi cealaltă parte a ambivalenţei. Aceasta presupune ca terapeutul să ştie mai multe despre situaţia clientului şi anume să aibă informaţii despre ambele părţi ale balanţei, astfel încât să-i poată oferi acestuia o imagine completă a situaţiei sale.

4) Redirecţionarea

O altă abordare constă în a distrage atenţia clientului de la problema rezistenţei. Ea este mai degrabă o ocolire a rezistenţei decât o depăşire a ei, dar care se dovedeşte utilă în anumite situaţii. Exemple de redirecţionare:

Clientul: „Nu pot să spun că nu iau din când în când droguri, dar ţin sub control situaţia şi nu sunt dependent de droguri. (Rezistenţa: minimizarea propriei situaţii.)

Terapeutul: „Nu este important dacă vrei să te vezi sau nu ca fiind dependent de droguri. Pe mine mă îngrijorează, ca şi pe tine de altfel, anumite lucruri care se întâmplă în viaţa ta. Ce-ar fi să-mi povesteşti despre relaţia cu prietena ta?"

5) Acordul, însoţit de o redirecţionare

Constă într-un acord iniţial cu clientul, care să creeze posibilitatea unei redirecţionări în favoarea evoluţiei psihoterapiei. Exemplu de acord, însoţit de redirecţionare:

Clientul: „Oare de ce sunt părinţii mei aşa supăraţi că iau eu heroină? Oare eu n-ar trebui să fiu supărat pe ei pentru certurile zilnice din casa noastră?"

Terapeutul: „Sunt de acord cu tine că şi tu ai avea motive de supărare. Însă nu este aşa uşor pentru o familie când un membru al ei ia droguri, căci *consumul de droguri implică întreaga familie*".

6) Întărirea faptului că doar clientul are controlul asupra opțiunilor sale

Câteodată, rezistența este rezultatul perceperii de către client a îngrădirii libertății sale. Când simte că s-ar putea să i se impună ceva, se apără și devine reticent la procesul terapeutic. Rezistența de acest tip este general-umană și absolut firească. Toți oamenii devin refractari atunci când bănuiesc că vor fi obligați să facă ceva împotriva voinței lor.

Când apare o rezistență de acest tip, modalitatea optimă de răspuns este de a-l asigura pe client că doar el este cel care decide ce să facă în privința propriei vieți și ce opțiuni să ia în acest sens. De exemplu, se poate spune ceva de genul: *„Nimeni nu poate decide pentru tine. Ești o persoană liberă și tu hotărăști dacă vei renunța sau nu la consumul de droguri".*

7) Reîncadrarea: constă în a oferi o altă perspectivă informațiilor furnizate de client. Abordarea întărește validitatea informațiilor acestuia, dar, în același timp, le oferă și un nou înțeles: ele vor fi văzute într-o nouă lumină, care este mult mai probabil că va fi în sprijinul schimbării. Exemplu de reîncadrare:

Clientul: „Părinții mei mă bat la cap tot timpul: Iar ai luat droguri? O să ajungi ultimul om!"

Terapeutul: „Se pare că sunt îngrijorați pentru tine, dar nu au găsit cea mai bună formulă pentru a-ți arăta asta".

8) Paradoxul terapeutic: constă în a-l plasa pe client într-o situație în care rezistența sa să fie în beneficiul schimbării. De obicei, această strategie, având și o doză de risc, se utilizează când celelalte nu au avut succes.

Un exemplu de paradox terapeutic este „a prescrie problema". Dacă toate eforturile au fost întâmpinate cu rezistență, terapeutul poate recomanda clientului să fie ca și înainte, adică să nu se schimbe absolut deloc. Sugestia nu trebuie făcută cu supărare sau exasperare, de genul: „Rămâi așa cum ești, că m-am săturat de tine!", ci, cu o voce calmă, trebuie să i se aducă argumente pentru care el, terapeutul, consideră că în acest caz schimbarea chiar nu este necesară.

Exemplu de paradox terapeutic: ***„Mi-ai vorbit de dificultățile pe care le ai cu drogurile și am discutat despre câteva posibilități de schimbare. Însă niciuna dintre acestea nu ți-a părut atrăgătoare. Se pare că te simți bine așa cum ești și – deși am crezut tot timpul că poți să te schimbi – nu cred că are rost să faci asta".*** În acest exemplu, terapeutul îi sugerează clientului să rămînă la vechiul comportament, însă îi transmite, în același timp, credința sa în posibilitatea lui reală de transformare.

Paradoxul terapeutic „a prescrie problema" este utilizat chiar cu scopul renunțării la problemă. Clientul, fiind rezistent la toate modalitățile terapeutice anterioare, va tinde să-și păstreze această atitudine și în continuare așa că, probabil, se va hotărî să acționeze astfel încât să-și rezolve problema. Este însă

util ca sugestiile paradoxale să cuprindă şi indicii care să întărească încrederea clientului în posibilităţile lui de schimbare.

Rezistenţa este cheia unei intervenţii eficiente dacă noi o recunoaştem a fi ceea ce este de fapt: o oportunitate. Opunând rezistenţă, clientul joacă un rol pe care l-a exersat de multe ori cu alte persoane şi este foarte probabil că se aşteaptă ca şi terapeutul să se comporte asemănător cu acestea. Dar terapeutul poate să joace un alt rol, căci terapia este un teatru în care se improvizează tot timpul, iar rolurile nu sunt fixate odată pentru totdeauna şi, dacă un actor îşi schimbă rolul, probabil că şi celălalt o va face. Deci, arta psihoterapeutului constă în a recunoaşte şi a lucra cu rezistenţa clientului, astfel încât drumul schimbării să fie accesibil acestuia.

• Consolidarea angajării în schimbare

Prima fază a interviului motivaţional implică creşterea motivaţiei pentru schimbare. Aceasta poate dura un număr variabil de şedinţe, de la client la client. Căci unii vin la terapie când sunt în precontemplare, alţii când sunt în contemplare, pe când unii dintre ei deja sunt pregătiţi de schimbare. Momentul de trecere la a doua etapă a interviului motivaţional este acela în care clientul este pregătit pentru schimbare, dar nu a luat o decizie fermă în acest sens. Cum poate fi recunoscut momentul acesta? Există mai multe semne care ne arată pregătirea pentru schimbare:

- ***scăderea rezistenţei clientului;***
- ***clientul pune mai puţine întrebări despre problema sa;***
- ***clientul este mult mai calm, mai relaxat;***
- ***clientul face afirmaţii pro-schimbare: „cred că este ceva serios", „aceasta mă îngrijorează", „trebuie să fac ceva în acest sens", „sunt sigur că o să reuşesc" etc.;***
- ***clientul pune mai multe întrebări despre schimbare;***
- ***clientul vorbeşte mai mult despre cum va fi viaţa sa în viitor, precum şi despre avantajele schimbării.***

Nu trebuie ca toate aceste semne să apară pentru ca terapeutul să schimbe strategia. Sunt suficiente doar câteva dintre ele pentru a sugera că este timpul pentru o abordare diferită – pregătirea pentru angajarea în schimbare. Această strategie este utilă pentru clienţii care şi-au rezolvat ambivalenţa motivaţională şi doresc să acţioneze în direcţia schimbării.

Pregătirea pentru schimbare presupune un efort îndelungat şi destul de dificil din partea terapeutului. Comparativ cu aceasta, angajarea în acţiune s-ar putea să pară mult mai uşoară. Căci, în cazul în care clientul este motivat să se schimbe, efortul va fi în primul rând al său, iar şedinţele terapeutice vor fi un fel de

monitorizare a progresului realizat de acesta. Posibile **dificultăți** însă pot apărea și în această fază a procesului terapeutic, iar dintre ele mai importante sunt:

1) Subestimarea ambivalenței

Chiar dacă clientul este decis să se schimbe, nu înseamnă că ambivalența lui a dispărut. De fapt, aceasta va fi o prezență cvasipermanentă, numai că intensitatea conflictului motivațional este mult mai scăzută acum. O persoană fostă toxicodependentă va trebui să „lupte" cu ambivalența sa multă vreme după ce a renunțat la consumul de droguri. De asemenea, a lua o decizie nu este ceva brusc și definitiv. Majoritatea deciziilor se iau treptat, pas cu pas, înaintarea făcându-se cu ezitări și îndoieli („este bine oare că am pornit pe acest drum?"). De multe ori, terapeutul trebuie să mai folosească strategii de lucru cu ambivalența chiar și în această etapă, a pregătirii pentru acțiune.

2) Prescrierea planului pentru schimbare

Este o greșeală ca terapeutul să-i prescrie clientului planul pentru schimbare, pentru că fiecare om trebuie să decidă pentru sine care este cea mai bună modalitate de acțiune.

3) Insuficienta direcționare

Dacă în faza anterioară a interviului motivațional o întrebare de genul „Ce pot să fac?" putea fi întâmpinată printr-o simplă reflectare: „Înțeleg că ești îngrijorat în privința a ceea ce poți să faci", acum o astfel de abordare s-ar putea să nu fie cea mai indicată. Deși prescrierea unui plan pentru schimbare nu este soluția ideală, nici lăsarea clientului fără o minimă direcționare nu se recomandă. Varianta optimă este oferirea de alternative și discutarea fiecăreia, astfel încât persoana fie să o aleagă pe cea pe care o consideră cea mai potrivită, fie să-și construiască alta, dar pornind de la niște potențiale alternative care au rolul de a ușura munca de realizare a unui plan de acțiune.

Tranziția spre faza a doua a interviului motivațional se face prin intermediul unei sintetizări (recapitulări) a situației curente a clientului. Aceasta trebuie să cuprindă cât mai multe **elemente posibile:**

- **o sinteză a percepției problemei de către client;**
- **o trecere în revistă a ambivalenței motivaționale, inclusiv a elementelor ce au rămas atractive din perspectiva clientului;**
- **o recapitulare a intenției și planurilor de schimbare ale clientului;**
- **propria părere a terapeutului despre situația clientului, accentuându-se pe punctele care converg cu îngrijorările acestuia.**

Logica acestei sinteze este a pune împreună cât mai multe motive pentru care schimbarea este necesară, simultan cu exprimarea elementelor de ambivalență și rezistență, prezente încă la client. Această recapitulare reprezintă punctul de legătură spre angajarea în schimbare.

În continuare, clientului nu i se spune ce are de făcut, ci este întrebat ce ar vrea să facă în direcția schimbării sale. Se folosește tot o întrebare deschisă, care să-i permită clientului să exploreze îngrijorările, frământările și planurile de acțiune legate de renunțarea la drog și construirea unei vieți independente de acesta. Strategiile descrise în capitolele anterioare sunt încă foarte folositoare și acum. Nu este indicat să se treacă brusc la construirea unui plan de acțiune, ci tot treptat, pas cu pas, astfel încât niciun element să nu fie forțat. Pregătirea pentru acțiune presupune în continuare întărirea responsabilității clientului, a eficienței sale, precum și a libertății sale de acțiune și decizie.

De obicei, în timpul acestei faze, clientul cere terapeutului idei și informații care să-l ajute în efortul său de schimbare. Terapeutul însă nu trebuie să fie foarte nerăbdător să-și ofere sugestiile. Este bine să ceară mai întâi mai multe informații de la client, pentru că acesta este cel care știe cel mai bine care este strategia optimă pentru schimbarea sa. El îi poate spune ceva de genul:

- **„Aș fi fericit să-ți dau câteva idei, dar nu știu exact ce ți s-ar potrivi și, apoi, tu ești expertul pentru tine."**
- **„Nu sunt foarte convins că vrei sfaturile mele. Și apoi, poate că ai deja niște planuri."**
- **„Desigur că am să-ți spun ceea ce gândesc, dacă tu vrei într-adevăr să știi. Dar nu vreau să crezi că eu ți-aș impune ceva".**

După ce clientul sugerează el însuși câteva idei despre propria schimbare, terapeutul poate oferi câteva sugestii, dar într-o manieră impersonală:

- **„Nu știu dacă îți va folosi ceea ce am să-ți spun, dar o să-ți ofer o soluție care a funcționat pentru alte persoane în situații similare."**
- **„Am să-ți dau o idee, dar tu ești cel care va decide dacă să o folosești sau nu."**
- **„Ceea ce pot să-ți spun este opinia mea personală, dar tu ești cel care va hotărî dacă să o folosești sau nu".**
- **„O să-ți descriu câteva posibilități și tu o vei alege pe cea pe care o consideri mai potrivită".**

Pe parcursul discuțiilor în legătură cu posibilele variante de acțiune, planul schimbării va începe să se contureze. Dezvoltarea mai în detaliu a acestuia este **un proces ce presupune:**

1.	**stabilirea scopurilor;**
2.	**stabilirea variantelor de acțiune;**
3.	**construirea unui plan.**

1. **Stabilirea scopurilor**

Motivaţia pentru schimbare este o rezultantă a discrepanţei dintre scopurile de viaţă ale unei persoane şi situaţia ei prezentă. Prin urmare, un prim pas în construirea schimbării este stabilirea unor scopuri care să orienteze transformarea personală.

În stabilirea scopurilor este foarte probabil ca dorinţele clientului să nu coincidă cu ale terapeutului. Terapeutul s-ar putea să-şi propună ca toxicodependentul să nu mai consume niciodată niciun drog, pe când clientul s-ar putea să vrea să nu mai ia niciodată heroină, ci doar din când în când droguri „uşoare". De fapt, terapeutul nu poate impune clientului scopurile sale. El şi-a oferit sugestiile, dar clientul este liber să hotărască pentru viaţa sa. În concluzie, scopurile planului de schimbare sunt ale clientului. Aceste scopuri vor fi însă discutate în cabinetul de psihoterapie, încercându-se găsirea celei mai bune modalităţi de acţiune, astfel încât schimbarea să fie încununată de succes. În discutarea acestora este important să se menţină o perspectivă mai amplă, chiar dacă ele apar ca fiind foarte focalizate. Conştiinţa lărgită a acestor scopuri face să menţină trează motivaţia pentru schimbare.

O modalitate de a evalua scopurile este discutarea consecinţelor acestuia. Un client poate avea faţă de ele îngrijorări neexprimate. Iată câteva posibile întrebări:

- *„Cum se va schimba viaţa ta dacă vei face acest lucru?"*
- *„Deci aceasta este ţinta ta. Ce crezi tu că s-ar putea să nu funcţioneze în această situaţie?"*
- *„Dacă vei atinge ceea ce ţi-ai propus, ce se va întâmpla nou în viaţa ta? Ce va fi mai bun şi ce va fi mai puţin bun?"*

Analizarea consecinţelor atingerii scopurilor ne poate purta spre al doilea pas al construirii planului de schimbare: stabilirea variantelor de acţiune.

2. **Stabilirea variantelor de acţiune**

Odată ce scopurile au fost clar definite, următorul pas îl constituie alegerea varientelor de acţiune. Acestea, ca şi scopurile, vor fi analizate în detaliu, pentru a vedea care sunt cele mai indicate pentru situaţia concretă a clientului.

3. **Construirea unui plan**

Discuţia despre variantele de acţiune conduce direct la negocierea unui plan de schimbare. Este util ca acest plan să fie descris în detaliu, pe o foaie de hârtie, în acesta stipulându-se următoarele:

- **cele mai importante motive pentru care schimbarea este necesară;**
- **scopurile personale;**
- **modalităţile prin care vreau să-mi realizez scopurile;**
- **persoanele care mă vor ajuta să mă schimb;**
- **rezultatele scontate.**

Sintetizarea planului conduce clientul la angajarea lui în schimbare. Aceasta poate spori o dată ce planul este făcut public. Clientul este încurajat să-și viziteze prietenii sau să le telefoneze pentru a le spune despre decizia lui și pentru a le cere sprijinul. Cu fiecare verbalizere a planului de schimbare este întărită angajarea lui în acțiune. Este, de asemenea, foarte important ca acesta să primească sprijinul unor persoane apropiate.

Odată ce planul a fost bine definit, urmează implementrea lui. Împreună cu terapeutul, clientul va stabili acțiunile pe care le va întreprinde până la următoarea ședință, precum și cele pentru viitorul mai îndepărtat.

Realizarea concretă a unor acțiuni ne arată intrarea clientului în stadiul motivațional al acțiunii (conform lui Prochaska și DiClemente). Aceștia consideră că intrarea în stadiul acțiunii nu înseamnă eliminarea totală a ambivalenței și contemplării. De aceea, este bine ca strategiile interviului motivațional să nu fie încă abandonate.

În următoarea secvență vom discuta despre abordarea terapeutică specifică etapei menținerii, și anume etapa menținerii și prevenirea recăderilor.

- **Etapa menținerii și prevenirea recăderilor**

Etapa menținerii este cea în care se consolidează noul comportament: persoana nu mai consumă droguri de ceva timp și încearcă să mențină această abstinență.

Interviul motivațional, ca intervenție specifică toxicodependenței, își încheie cumva misiunea sa (motivarea pentru schimbare și angajarea în acțiune) odată cu intrarea persoanei în faza de menținere. Deși strategiile specifice acestuia pot și vor mai fi folosite în continuare, totuși, de la etapa menținerii, abordarea terapeutică depinde foarte mult de viziunea terapeutului asupra necesităților clientului.

Acum este momentul în care se poate lucra asupra prevenirii recăderilor, căci recăderea este o etapă firească în ciclul oricărei schimbări. Psihicul nostru evoluează sinusoidal, adică după achiziția unor noi comportamente urmează perioade de reîntoarcere la comportamente mai vechi, această regresie nefăcând decât să lase timp pentru a ne acomoda cu schimbarea.

Din perspectiva comportamentelor adictive, recăderea este o revenire la nivelul de funcționare și activitate anterior unei tentative de a opri sau reduce un comportament adictiv. Se poate face distincția între recădere și alunecare, în care recăderea poate fi văzută ca un eșec al menținerii noului comportament, iar alunecarea doar ca o violare temporară a unor reguli autoimpuse, urmată de o revenire la abstinență. Cu această distincție putem spune că prevenirea transformării alunecării într-o recădere este un scop al programului de prevenire a recăderilor.

Asupra prevenirii se poate lucra nu numai în etapa menţinerii, dar chiar încă din cea a acţiunii sau chiar determinării, căci toxicodependenţa presupune o legătură puternică individ - substanţă ce are nevoie să fie contracarată de crearea unor alte punţi de legătură între persoană şi realitate.

- **Modalităţi de a face faţă situaţiilor cu risc crescut pentru recădere**

În cazul toxicodependenţilor recăderile acompaniază de obicei acţiunea de renunţare la drog şi clienţii trebuie pregătiţi psihic pentru această etapă, dar – în acelaşi timp – este necesară şi o prevenire a recăderilor ce constă în asimilarea de către client a unor modalităţi de a face faţă situaţiilor cu risc crescut, care ar putea să-l determine să reînceapă să consume drog.

Situaţiile cu risc crescut pentru recădere sunt individuale şi fiecare toxicodependent va avea propria lui constelaţie de factori la care va fi vulnerabil. Din aceată cauză este necesară descoperirea lor pentru fiecare client şi construirea unor deprinderi specifice de a le face faţă. Pentru identificarea situaţiilor cu risc crescut sunt utile:

- **analiza funcţională;**
- **identificarea circumstanţelor ultimei recăderi;**
- **discuţiile cu familia;**
- **realizarea unui jurnal în care să fie notate toate momentele când nevoia de drog este mai puternică.**

Analiza funcţională este de fapt analiza comportamentului de consum, adică a tipurilor de situaţii în care se consumă (în ce locuri, cu ce persoane, în ce momente ale zilei, câţi bani sunt cheltuiţi, ce cantitate de drog se consumă, ce sentimente sunt asociate consumului etc.). Evident că unele informaţii cerute de analiza funcţională sunt deja cunoscute în această etapă a procesului terapeutic, deci ele vor fi doar „asamblate" astfel încât să fie de folos în demersul de identificare a factorilor cu risc crescut pentru recădere.

Vom da mai jos un exemplu de chestionar care poate fi folosit pentru identificarea acestora:

Descoperirea factorilor care încurajează comportamentul de consum (adaptare după Alan J. Budney, Stephen T. Higgins, 1998, p. 60)

Client: ---------------------------------- Data:------------

1. Scrie locurile în care preferi să consumi drog:

2. **Scrie cu ce persoane preferi să consumi drog:**

3. **Scrie momentele zilei când preferi să consumi drog:**

4. **Scrie activităţile care te fac să vrei să consumi drog:**

5. **Scrie sentimentele care te fac să vrei să consumi drog:**

6. **Scrie locurile în care nu-ţi place să consumi drog:**

7. **Scrie cu ce persoane nu-ţi place să consumi drog:**

8. **Scrie momentele zilei când nu-ţi place să consumi drog:**

9. **Scrie activităţile care nu te fac să vrei să consumi drog:**

Chestionarul poate fi utilizat ca o modalitate pe baza căreia să se discute mai în detaliu, astfel încât să se afle exact ce-l determină pe client să vrea să consume drog. Pot fi anumite persoane, anumite locuri, anumite sentimente, anumite circumstanţe sau evenimente sau o combinaţie între acestea. Orice poate fi factor favorizant: serviciul, o ceartă, sentimentul de singurătate, presiunea unor cunoscuţi de a consuma drog, petrecerile, week-end-ul, nevoia de a uita ceva, anxietatea, furia, depresia, frustrarea şi chiar fericirea. Situaţiile cu risc crescut pentru recădere sunt specifice fiecărui individ şi programul de intervenţie terapeutică trebuie să se muleze pe această structură particulară. Fiecare psihoterapeut îşi va stabili structura intervenţiei în funcţie de nevoile clientului său. **Totuşi, se poate vorbi de situaţii care, în general, predispun mai mult spre recădere. Acestea sunt:**

oferirea de drog;
stările emoţionale negative;
pulsiunea de a consuma drog.

1. Deprinderea de a spune „Nu" ofertei de drog

Cum va face faţă persoana unei situaţii în care i se oferă droguri? Deşi şi aici pot fi făcute diferenţieri (în sensul că unii s-ar putea să fie mai sensibili atunci când le oferă substanţă cineva din vechiul anturaj sau un prieten, iar altora s-ar putea să le fie greu să refuze dacă oferta are loc chiar în momentul când se „trage"), totuşi putem vorbi despre necesitatea de a

abilita clienţii cu deprinderea de a spune „nu" ofertei de droguri – indiferent de cine o realizează, de modalitatea sau contextul în care are loc aceasta.

S-ar putea ca formarea acestei deprinderi să pară inutilă, la o primă vedere. Dacă cineva este *convins* să refuze, atunci nu trebuie învăţat cum să o facă, căci acest lucru va izvorî firesc din convingerea persoanei. Însă, în cazul persoanelor care au consumat droguri, situaţia este puţin diferită. Ştim că ambivalenţa le acompaniază pe acestea până târziu, chiar şi în etapa menţinerii. Deci, s-ar putea ca ele să nu fie 100% de partea refuzului, ci doar 90%, de exemplu. Cei 10% e posibil să fie sesizaţi de către persoana ofertantă şi să să insiste până când fostul consumator nu va mai putea să spună „nu". De aceea este indicat ca primul refuz să fie categoric şi să nu mai lase loc iniţierii altor oferte.

Cum se poate spune un „nu" categoric? Dacă am descompune această deprindere în mai multe componente, am descoperi că:

- **„nu" este primul cuvânt care trebuie rostit;**
- **urmează rugămintea adresată persoanei ofertante de a nu-i mai oferi droguri nici în prezent, nici în viitor;**
- **nu este bine să se răspundă ceva de genul „poate mai târziu", căci asta va duce cu siguranţă la reînnoirea ofertei;**
- **contactul vizual este important: a privi în ochi când spui „nu" creşte siguranţa refuzului;**
- **expresia feţei, gestica şi postura trebuie să întărească negaţia din cuvinte;**
- **e bine să oferi o alternativă de activitate, de exemplu: „De ce nu am bea o bere împreună?";**
- **deseori e necesar ca, după ce ai refuzat, să schimbi subiectul conversaţiei, pentru a evita o nouă ofertă şi a-i da de înţeles persoanei că nu te interesează consumul.**

În cabinet, pentru a deprinde modalitatea optimă de a refuza drogul, este util **jocul de rol.** Se pot încerca atât rolul celui care refuză, cât şi rolul celui care oferă, a doua situaţie fiind utilă şi pentru descoperirea unor aspecte poate nesondate legate de consumul de droguri. Această deprindere trebuie însă exersată şi în situaţii de viaţă, eventualele dificultăţi fiind discutate cu terapeutul.

2. Strategii de a face faţă stărilor emoţionale negative

Dacă frica, furia, anxietatea sau depresia sunt factori favorizanţi pentru consumul de droguri, procedeele psihoterapeutice trebuie să se aplece şi asupra acestora. Având în vedere că nu există o reţetă standard de abordare a emoţiilor negative, fiecare terapeut – în funcţie de şcoala căreia îi aparţine şi de priceperea sa – îşi va construi propria modalitate de acţiune.

Pot fi utilizate tehnici ce țin de variate școli de psihoterapie – de la psihanaliză (de exemplu, tehnica asociațiilor libere) la școlile de orientare cognitiv-comportamentală sau tehnici specifice psihoterapei experiențiale. Din psihoterapia experiențială pot fi utilizate cu succes tehnica modelării sau desenării acestor stări, cu scopul cunoașterii, transformării sau controlului lor. Din experiența noastră putem spune că numai exteriorizarea acestora poate constitui un pas important în „stăpânirea" lor. Ele nu mai par a fi atât de înspăimântătoare, dând senzația persoanei că o confruntare este de dorit evitării acestora. Evident, după „materializarea" metaforică, o analiză mai profundă a stărilor emoționale negative va conduce la scăderea intensității lor, iar „conviețuirea" cu ele nu va mai fi așa înspăimântătoare.

3. Strategii de a face față pulsiunii de a consuma drog

Pulsiunea de a consuma droguri este o nevoie imperioasă de consum, care poate apărea uneori pe neașteptate și chiar fără o legătură evidentă cu un eveniment extern.

Toți foștii toxicodependenți experimentează astfel de pulsiuni („craving"-uri, în literatura americană și anglo-saxonă), ce variază ca intensitate și frecvență. Uneori ele sunt foarte intense, alteori dorința nu este atât de puternică. Uneori ele sunt trecătoare, alteori persistă ore. Uneori apar zilnic, alteori cu o frecvență mai scăzută. Deși mulți clienți susțin că aceste pulsiuni pot apărea chiar și după ani de zile după ce adicția a devenit controlabilă, totuși, cu timpul, ele devin mai rare și mai puțin intense.

O strategie cognitiv-comportamentală de a face față pulsiunii constă în:

- **recunoașterea pulsiunii;**
- **aplicarea unor scurte tehnici de relaxare (acestea vor fi fost învățate în prealabil, în cabinet);**
- **amintirea unor aspecte negative ale consumului (clientul poate să-și amintească lucruri din balanța decizională, pe care e bine să o recitească din când în când);**
- **distragerea atenției de la nevoia de drog și îndreptarea acesteia către altceva (activitățile fizice au mai mare potențial de distragere decât cele sedentare).**

Este recomandat ca desfășurarea acestor pulsiuni să fie notată într-un jurnal, la puțin timp după ce s-au întâmplat, pentru a fi discutate ulterior în cabinetul de consiliere.

Pulsiunile de a consuma drog pot fi abordate eficient și prin tehnici metaforice, specifice psihoterapiei experiențiale. „**Metafora situațională** constituie o modalitate de explorare provocatoare de insight. Tehnica este relevantă pentru conștientizarea de către client a strategiilor pe care le utilizează

în anumite situații de viață limitative, frustrante sau incerte. Clienții sunt provocați să-și autoexploreze și developeze, aici și acum, reacțiile, emoțiile, gândurile și acțiunile, în confruntarea lor cu elementul suport (zidul, cubul, pușcăria etc). Tehnica se bazează pe vizualizare în imaginar și acțiune corporală mimico-pantomimică" (Iolanda Mitrofan, 1997, p. 231-232).

Pulsiunea de a consuma droguri o putem asemăna, metaforic, cu o capcană. Experimentând prin joc de rol situația de a fi într-o capcană, „clientul conștientizează propria strategie rezolutivă, exprimând diverse tipuri de soluții." (Iolanda Mitrofan, 1997, p. 232). Strategia rezolutivă găsită într-o manieră metaforică de către client este apoi „decodificată", astfel încât clientul să beneficieze, în urma exercițiului, de o modalitate eficientă de a face față pulsiunii.

• Modificarea stilului de viață, element central pentru menținerea abstinenței

Consumul de drog este strâns legat de un anumit stil de viață. Nu poți renunța la acesta fără să aduci modificări și în stilul de viață al persoanei, pentru că altfel comportamentul adictiv s-ar putea să reapară ca o consecință firească a unui fel de a fi, de a simți, de a relaționa, de a trăi. Terapeutul trebuie să identifice împreună cu clientul care sunt domeniile din viața acestuia care au nevoie de o schimbare. Conform lui Alan J. Budnez și Stephen T. Higgins (1998, p. 71-115), pentru toxicodependenți **cele mai comune domenii ale vieții care au nevoie de transformări sunt:**

1. **organizarea timpului;**
2. **activitățile recreative;**
3. **consilierea vocațională;**
4. **abilitățile sociale.**

1. Organizarea timpului

Abstinența presupune de multe ori o productivă organizare a timpului, astfel încât să nu mai rămână prea multe momente pentru plictiseală, când gândul poate zbura foarte ușor la droguri. Din experiența noastră, am constatat că plictiseala reprezintă un factor de risc pentru recădere (multe dintre recăderi se produc în vacanțele școlare sau concediile de odihnă).

Este important să se inventarieze cât mai multe activități posibile și să se organizeze zilele într-o manieră care să nu lase loc „timpilor morți". Nu înseamnă că odihna și relaxarea ar fi excluse sau că programul ar trebui construit ca pentru niște roboți, ci este bine ca foștii consumatori să se implice cât mai mult timp în activități care să le facă plăcere, să învețe chiar plăcerea unor **noi activități**.

2. Activitățile recreative

Este știut că toxicodependentul, pe măsura identificării tot mai profunde cu substanța adictivă, își stopează majoritatea activităților care îl interesează. Odată cu renunțarea la consum, este util ca multe activități care i-au făcut plăcere să fie reluate, iar activitățile care i-ar plăcea, dar pe care nu le-a făcut niciodată, să fie inițiate acum. În primul rând, însă, trebuie redeschis gustul pentru activități recreative și aceasta se face pas cu pas, începând cu activitățile care au fost de maxim interes și care, probabil, mai trezesc și acum o oarecare satisfacție.

Un hobby este pentru unii oameni asemănător cu un drog: nu se pot dezlipi de activitatea respectivă. Probabil că dacă toxicodependenții ar învăța plăcerea unui hobby dus până la pasiune, ar putea substitui folosirea drogului cu pasiunea respectivă (de exemplu, activități sportive: fotbal, tenis, echitație, înot; sau artistice: muzică, dans, pictură etc.).

Un scop important pentru mulți clienți este petrecerea a cât mai mult timp cu persoane neconsumatoare și scăderea interacțiunilor cu toxicodependenții. Uneori acest lucru este foarte dificil, pentru că, în cele mai multe cazuri, odată cu instalarea dependenței, relațiile cu prietenii neconsumatori se deteriorează vizibil. Însă este imposibil să nu se găsească printre cunoștințele clientului o persoană neconsumatoare care să relaționeze cu clientul, astfel încât acesta să fie în siguranță față de tentația drogurilor.

3. Consilierea vocațională

A avea un loc de muncă prin care să obții satisfacție înseamnă un pas înainte spre menținerea abstinenței o perioadă îndelungată de timp. Consilierea vocațională se referă la ajutorul dat clienților care nu au un loc de muncă pentru a-și găsi unul și la îmbunătățirea situației celor care deja lucrează, dar consideră slujba lor nesatisfăcătoare.

În psihoterapia toxicodependenței, unul dintre predictorii unui succes pe termen lung este serviciul stabil și satisfăcător al clientului. Dacă locul de muncă oferă beneficii (materiale, sociale, relaționale, sufletești), atunci este mai puțin probabil că vor mai fi căutate cele oferite de drog.

Pentru clienții care au probleme în a-și găsi un loc de muncă se pot organiza ședințe de consiliere care să-l ajute în acest sens și în care să învețe, de exemplu, cum să facă aplicații pentru joburi, cum să construiască un C.V., cum să se prezinte la interviu etc.

A merge la școală sau la serviciu, a avea o ocupație, sunt puncte centrale care trebuie atinse pentru a obține o schimbare comportamentală de durată.

4. Abilitățile sociale

Consilierea privind abilitățile sociale este recomandată clienților care sunt foarte anxioși în relații, care se simt inconfortabil când trebuie să relaționeze cu ceilalți, într-un cuvânt – celor care nu sunt mulțumiți de relațiile lor sociale și vor să le îmbunătățească. De cele mai multe ori aceștia relaționează inadecvat cu ceilalți pentru că nu știu să fie asertivi. Ei tind mai degrabă să fie prea pasivi sau prea agresivi în relațiile sociale și nu găsesc modalitatea optimă de a interacționa cu semenii.

Învățarea comportamentului asertiv se poate face în una sau mai multe ședințe. Terapeutul va explica clientului diferența dintre cele trei tipuri de comportament – pasiv, agresiv și asertiv – și îl va ajuta pe acesta să-și identifice propriul stil de relaționare și apoi să-l îmbunătățească.

Asertivitatea presupune:

- **a-ți exprima clar nevoile și dorințele;**
- **să spui celorlalte persoane ceea ce vrei;**
- **a îmbina critica cu un element pozitiv;**
- **să îți exprimi sentimentele și nevoile începând propoziția cu „eu" și evitând centrarea pe „tu", ca de exemplu: „Eu mă simt...", nu „Tu mă faci să simt...";**
- **să iei în considerare nevoile și sentimentele celeilalte persoane. De exemplu: „Știu că este greu pentru tine...";**
- **să fii cât mai explicit când îți exprimi nevoile;**
- **atunci când respingi o rugăminte, să aduci argumente;**
- **să vorbești tare și ferm;**
- **să răspunzi prompt;**
- **să privești în ochi interlocutorul;**
- **să întărești mesajul verbal și prin intermediul limbajului nonverbal (de exemplu, să nu zâmbești dacă ești furios);**
- **să-ți îmbunătățești continuu imaginea despre tine.**

Dar asertivitatea nu este o lecție care se învață „ca la școală", ci este o deprindere care trebuie exersată și, în acest sens, jocul de rol este foarte util. În învățarea asertivității vor fi alese situațiile sociale care prezintă o dificultate mai crescută pentru client și apoi, prin intermediul jocului de rol, el va exersa această deprindere. De asemenea, jocul de rol va crea premisele identificării unor cauze ale lipsei asertivității, ca apoi să se lucreze asupra acestora în scopul depășirii lor.

Comportamentele noastre au legătură cu anumite trăsături de personalitate. Asertivitatea ne trimite cu gândul la încrederea în sine a unei persoane. Cognitiv-comportamentaliștii spun că, dacă întărim comportamentul, implicit se va produce o modificare la nivelul personalității (învățând să fim asertivi, va crește încrederea în propria persoană). Abordările care nu sunt

centrate aşa de mult pe partea externă, comportamentală, arată că îmbunătăţirea felului nostru de a fi ţine de o transformare interioară (adică, eliminând nişte blocaje interne, vom fi mai asertivi). Psihoterapeutul, în funcţie de pregătirea lui şi de structura personalităţii clientului, va alege abordarea terapeutică pe care o consideră mai potrivită, astfel încât clientul său să devină mai asertiv.

Acestea au fost câteva sugestii care pot fi folosite în intervenţia psihoterapeutică de prevenire a recăderilor. Dar, în funcţie de dificultăţile personale ale clientului, terapeutul se va centra şi pe alte nevoi ale acestuia, astfel încât stilul lui de viaţă să se îmbunătăţească real şi să nu mai fie tentat să recurgă la consumul de droguri.

Strategiile de prevenire a recăderilor sunt necesare, dar ele nu ne dau certitudinea că recăderile nu vor mai avea loc. Cum spuneam anterior, este chiar foarte probabil ca acest lucru să se întâmple. Care este rolul terapeutului după o recădere? În principal, după o recădere clientului îi scade vertiginos încrederea în sine şi în capacitatea sa de a renunţa la consumul de drog. El are nevoie de suport şi de a conştientiza ce l-a determinat să consume din nou. În acest punct, înţelegerea ciclului schimbării îi poate fi de ajutor clientului în a nu tragediza situaţia, ci a considera acea „alunecare" ca pe o etapă în evoluţia sa. Alunecarea poate fi o modalitate de a descoperi unele puncte vulnerabile ale clientului (neexplorate încă), asupra cărora este necesar a se lucra pentru a se evita recăderile ulterioare. Înţelegerea faptului că o alunecare poate să-l conducă fie la o conştientizare mai profundă a comportamentului adictiv, fie la o reîntoarcere la vechile deprinderi şi că alegerea direcţiei depinde numai de sine îl va ajuta pe client să-şi crească încrederea în propria eficacitate.

Recăderile sunt întotdeauna perioade foarte vulnerabile şi clienţii au nevoie acum de sprijin nu numai din partea terapeutului, dar şi a familiei şi prietenilor. De aceea, chiar dacă s-a lucrat individual până în acest moment, se poate realiza o întâlnire cu familia clientului pentru a discuta despre modalitatea optimă de suport pe care persoanele apropiate i-o pot acorda acestuia.

• O intervenţie de scurtă durată în toxicodependenţă

Multe persoane îşi schimbă comportamentul lor adictiv fără a avea nevoie de ajutor de specialitate (medical şi psihoterapeutic). Cum se poate întâmpla aceasta? Întrebaţi fiind, ei răspund că totul a fost o problemă de decizie. Câţiva descriu că au trăit evenimente care i-au impresionat profund şi i-au făcut să privească deprinderea lor într-o nouă lumină. Alţii vorbesc de evenimente religioase, de rolul familiei şi prietenilor sau de evenimente majore de viaţă. În toate cazurile însă, ceva i-a făcut *să se decidă.*

Există o tendință a celor care lucrează cu toxicodependenții de a grăbi lucrurile în direcția acțiunii, eludând procesul deciziei. Astfel, clientul e posibil să devină rezistent și chiar să renunțe la psihoterapie.

Punctul crucial în renunțarea la comportamentul adictiv este decizia, ca element de la care pleacă schimbarea. O echipă de cercetători din Canada (Zweben, Pearlman și Li), Anglia (Orford și Edwards), Noua Zeelandă (Chapman și Huygens), Norvegia (Scutle și Berg) și Statele Unite (Miller, Taylor și West) a ajuns la concluzia că, în terapia adicțiilor, o scurtă intervenție de una până la trei ședințe are un impact comparabil cu al uneia extinse (cercetarea vizează însă în mod special alcoolismul și, în mai mică măsură, celelalte adicții). Oricum, se pare că o consiliere de scurtă durată poate avea un impact substanțial.

Cum este organizată o intervenție de scurtă durată? Astfel încât *să se centreze pe motivarea clientului*, căci, odată cu luarea unei decizii motivaționale, clientul își va folosi propriile sale aptitudini și capacități pentru a realiza practic schimbarea.

Elementele unei intervenții de scurtă durată sunt:

- ***Feed-back-ul***, ca o modalitate prin care clientul este informat despre situația lui prezentă. Când dă un feed-back, terapeutul trebuie să fie cât mai puțin implicat subiectiv. De aceea, feed-back-ul se oferă pe baza unor probe obiective: analize medicale (în cazul în care se lucrează în echipă: medic – psihoterapeut) sau probe psihologice.
- ***Responsabilitatea***. Această abordare accentuează responsabilitatea clientului pentru propria schimbare, într-o manieră explicită. De exemplu, i se poate spune acestuia: „Tu decizi ce vei face cu aceste informații. Nimeni nu poate decide pentru tine și nimeni nu te poate face să renunți la consumul de droguri dacă tu nu vrei. Este doar alegerea ta și, dacă vei hotărî să te schimbi, doar tu vei putea face asta".
- ***Alternativele***. I se oferă clientului mai multe strategii pentru a schimba propriul comportament și el va decide care va fi cursul acțiunilor sale.
- ***Empatia***. Un terapeut empatic este un factor determinant al motivării clientului pentru schimbare.
- ***Încrederea în sine***. Intervenția trebuie să vizeze creșterea încrederii clientului în abilitatea sa de a rezolva probleme, astfel încât acesta să ajungă să creadă că poate să renunțe la consumul de droguri. Acest lucru se poate realiza prin încurajările sincere ale terapeutului; este esențial ca terapeutul să creadă real în abilitatea clientului de a face o schimbare semnificativă în viața sa, căci altfel, încurajările artificiale, forțate au mai degrabă efectul invers celui așteptat.

Dacă ar fi să rezumăm într-o frază această intervenție, am spune: clientului i se oferă un feed-back în legătură cu situația sa și, punându-se accent pe responsabilitatea personală, i se oferă câteva alternative (într-o manieră empatică), din care acesta s-o aleagă pe cea pe care o consideră cea mai potrivită. În același timp, terapeutul îl încurajează în efortul pe care urmează să-l întreprindă.

Deşi această abordare scurtă accentuează empatia terapeutului şi responsabilitatea clientului, totuşi este uşor de sesizat directivismul ei. Probabil că ea este eficientă dacă clientul este deja puţin motivat pentru schimbare. Oricum, dacă timpul de intervenţie este relativ limitat (fie că serviciul clientului nu-i permite să vină la mai multe şedinţe, fie că locuieşte într-o altă localitate şi nu poate face naveta pentru a beneficia de programul terapeutic), o intervenţie scurtă este de preferat lipsei ei. Uneori intervenţia se limitează chiar la o singură şedinţă şi terapeutul va alege ce crede că este mai important de realizat. După un scurt interviu, pentru a-şi contura imaginea situaţiei clientului, terapeutul fie va încerca ceva asemănător intervenţiei scurte descrise mai sus (dar numai dacă acesta crede că va exista complianţa terapeutică), fie va întreprinde altceva care să se muleze pe necesităţile clientului. S-ar putea, de exemplu, ca în cabinet să intre un client care crede despre sine că nu merită să ducă o viaţă mai bună decât cea prezentă. Cu acesta este de preferat să se lucreze asupra valorizării de sine şi asupra găsirii unor motive pe care le-ar avea pentru un trai mai mulţumitor.

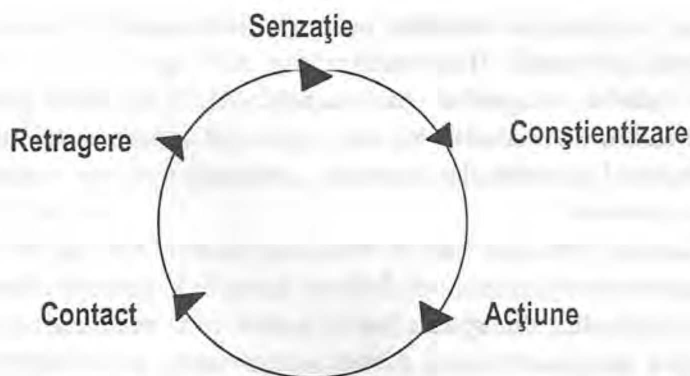
- **Psihoterapia experienţială şi toxicodependenţa**

Interviul motivaţional este o combinaţie de tehnici cognitiv-comportamentale şi umaniste (preluate în special din psihoterapia rogersiană). Am putea spune că prima fază a interviului motivaţional – construirea motivaţiei pentru schimbare – se bazează pe o nondirectivitate şi empatie rogersiene, pe când a doua – angajarea în schimbare – este mai directivă, adică mai cognitiv-comportamentală. Începând de la menţinere şi prevenirea recăderilor terapeutul îşi va construi propria sa strategie de intervenţie, care se va afla probabil la intersecţia dintre propria specializare şi nevoile clientului.

În continuare voi descrie o serie de tehnici preluate de la diversele şcoli care pot fi subsumate termenului de „experienţială", tehnici ce pot fi folosite în psihoterapia toxicodependenţei atât în timpul interviului motivaţional, precum şi în perioada menţinerii schimbării. Pe cele despre care am discutat în materialul anterior doar le voi aminti.

Terapia gestaltistă **are la bază o concepţie asupra personalittăţii ce este văzută ca un întreg unitar, cu o capacitate de autoreglare organică şi psihică. La baza autoreglării ei stă ciclul experienţei gestalt.**

Conform ciclului experienţei gestalt, după M. Robin (1980), satisfacerea oricărei nevoi trece prin mai multe faze: percepţia nevoii, conştientizarea ei, acţiunea întreprinsă pentru satisfacere, ce are la bază contactul cu modalităţile externe prin care nevoia poate fi împlinită, şi retragerea, ca repliere a persoanei ce şi-a extins experienţa printr-un nou ciclu.



Asemănător acestui ciclu gestalt este cel al schimbării, construit de Prochaska şi DiClemente, între ele putând fi găsite numeroase similitudini. Experienţei senzoriale din gestalt îi poate corespunde precontemplarea ca etapă de acceptare a comportamentului, de simbioză între individ şi acţiunile sale, aşa cum percepţia presupune o strânsă legătură între stimul şi persoană. Etapei conştientizării îi urmează contemplarea motivaţională, căci specificul ei este chiar conştientizarea consecinţelor negative ale drogului. La interfaţa dintre conştientizare şi acţiune (în ciclul gestalt) s-ar interpune faza determinării din modelul schimbării. Apoi, acţiunea din gestalt are un corespondent total în acţiunea ciclului Prochaska – DiClemente. Contactul gestaltist este analog menţinerii schimbării, căci menţinerea unui comportament neadictiv poate fi privită ca o legătură între persoană şi noul comportament. Ca şi retragerea din gestalt, putem vorbi de o ieşire din ciclul schimbării, în sensul renunţării la consumul de droguri. Recăderea ar fi, conform teoriei gestaltiste, o reluare a aceluiaşi ciclu, cu scopul satisfacerii aceleiaşi nevoi.

Această analogie dintre cele două cicluri, gestalt şi al schimbării, ne sugerează că o serie de principii, strategii şi tehnici din terapia gestaltistă ar putea fi folosite şi în psihoterapia toxicodependenţei. Tehnicile gestalt care pot fi îmbinate armonios cu problematica comportamentului adictiv sunt:

• *Tehnica scaunului gol* – reprezintă un suport pentru provocarea dialogului între părţile Eului aflate în conflict (o parte vrea să nu mai consume droguri, o alta vrea să o facă în continuare). Această comunicare este o bună modalitate de a cunoaşte mai bine cele două părţi aflate în conflict şi de a găsi o modalitate de rezolvare a ambivalenţei.

• ***Tehnica zidului* din terapia unificării** (despre care am mai discutat la prevenirea recăderilor) – este o modalitate cu ajutorul căreia se pot conştientiza strategiile prin care persoana se confruntă cu obstacole existenţiale. În terapia toxicodependentului poate fi utilă ca o strategie de a face faţă pulsiunii de a consuma drog, cât şi ca suport metaforic pentru confruntarea cu probleme de viaţă. „Ea permite autoexplorarea şi găsirea

de soluţii în depăşirea limitelor proprii, fiind totodată restructurantă la nivel mental şi acţional" (Iolanda Mitrofan, 1997, p. 47).

• *Tehnica exagerării sau amplificării.* I se cere persoanei să exagereze anumite sentimente sau idei, cu scopul conştientizării lor. Poate fi folosită în lucrul cu ambivalenţa, pentru a cunoaşte mai bine ambele părţi ale motivaţiei persoanei.

Acestea sunt doar câteva tehnici gestaltiste care pot fi folosite în psihoterapia toxicodependentului. Însă nu tehnicile în sine sunt importante, ci concepţia terapeutică din spatele lor, şi anume că o persoană matură psihic, deci capabilă să-şi construiască o viaţă mulţumitoare, îşi va integra armonios părţile conflictuale, dându-le locul şi funcţia cuvenite în cadrul personalităţii sale. Ori toxicodependentul care vrea să renunţe la consum este împărţit între nevoia lui de drog şi dorinţa de a renunţa la el. Pentru a se trece la momentul în care persoana acţionează efectiv în direcţia renunţării la comportamentul adictiv este necesar ca ambivalenţa motivaţională să se rezolve şi, aici, principiile şi tehnicile gestalt pot fi de mare folos.

Renunţarea la consumul de droguri presupune o restructurare a stilului de viaţă. Drogul s-a mulat pe o structură de personalitate şi pe o anumită modalitate de a face faţă cerinţelor vieţii. Respingerea lui înseamnă o reformulare a scopurilor de viaţă, dar şi o restructurare a unor componente ale personalităţii.

În timpul consumului, drogul este extrem de investit afectiv, încât devine aproape o filozofie de viaţă. De aceea, renunţarea la el îl poate trimite pe individ chiar într-un fel de vid existenţial care are nevoie de a fi „umplut" cu alte norme, valori şi principii. De aceea, *analiza existenţială*, ca modalitate terapeutică ce îşi propune eliminarea disconfortului datorat impasului existenţial în care se află individul, ar putea fi o alternativă terapeutică pentru toxicodependenţă. În principal, de aceasta se poate beneficia în etapa de menţinere, când scopul terapiei este construirea unui stil de viaţă incompatibil cu consumul de droguri.

Diversele tehnici specifice abordărilor experienţiale pot fi folosite pentru îmbogăţirea interviului motivaţional, astfel încât acesta să constituie un ajutor eficient pentru toxicodependenţi, sau se pot îmbina într-o abordare de sine stătătoare prin care problematica toxicodependenţei să fie abordată într-o manieră creativă.

Concluzii

- Primul pas în direcţia abandonării comportamentului adictiv îl reprezintă construirea motivaţiei pentru schimbare. Înainte de a acţiona pentru a-şi construi un nou stil de viaţă, liber de presiunea drogurilor, persoana trebuie să se convingă că este necesar acest lucru.

- Interviul motivațional este o modalitate de intervenție specifică toxicodependenței. Acesta stipulează o adaptare a strategiilor terapeutice la stadiul motivațional al clientului (conform stadiilor modelului schimbării construit de Prochaska și DiClemente), astfel că vom avea o fază în care se lucrează asupra motivației pentru schimbare și una care este centrată pe implicarea în acțiune.
- Deși există o specificitate a intervenției psihoterapeutice în cazul toxicodependenței, totuși nu trebuie să pierdem din vedere că fiecare client are propria sa constelație de nevoi, norme, valori, sentimente, convingeri și trebuie abordat într-o manieră proprie, iar nu încadrat într-o categorie și „tratat" ca atare.
- De cele mai multe ori, renunțarea la drog înseamnă constituirea unui nou stil de viață. În intervenția psihoterapeutică este necesar să ținem cont atât de factorii externi, predispozanți, dar, mai ales, de modalitatea de răspuns în fața situațiilor de viață. Renunțarea la drog și menținerea comportamentului abstinent presupune, de aceea, o îmbunătățire a imaginii de sine, precum și rezolvarea unor probleme personale care să deblocheze resursele sale interne și să-i permită clientului să se adapteze mai eficient vieții.
- Circulă printre oameni ideea că posibilitatea de a renunța la droguri este strâns legată de voința individului. Chiar părinții celor cu astfel de probleme susțin acest lucru. Și, din păcate, unii medici le spun această „poezie" clienților lor. De fapt, primul pas în direcția schimbării (și poate cel mai important) este motivarea pentru aceasta. Voința și motivația sunt două procese psihice diferite, prima direcționează și mobilizează schimbarea, iar apoi vine efortul voluntar, ca punere în practică și realizare a acțiunilor de renunțare la drog. Poate afirmația de mai sus n-ar fi așa greșită, dacă ținem cont de intercorelarea dintre aceste două procese. Ea este însă foarte greșită, deoarece se confundă punctul de plecare al schimbării, care este considerat a fi voința. Ori, de cele mai multe ori, este vorba de un deficit de motivare, nu de voință. Cum să duci la capăt o acțiune pe care, de fapt, nu îți dorești s-o realizezi?!
- Munca psihoterapeutică în cazul toxicodependenței este extrem de grea, căci presupune din partea terapeutului multă răbdare și, mai ales, toleranță la frustrare. Cei care vor să obțină un feed-back rapid despre modificările clienților lor cred că nu se vor simți foarte confortabil în postura de a nu-l primi și de a nu ști, câteodată nici peste ani, dacă problema a fost definitiv rezolvată.
- Terapeutul care lucrează cu toxicodependenți trebuie să aibă în „tolba" lui multe deprinderi, dar, mai ales, o maturitate personală și o bună pregătire profesională.

MODUL 2. Psihoterapia de grup în toxicodependență
Seramis Sas

- **Considerații generale**

Cercetările și experiența clinică din ultimii ani sugerează modalități specifice prin care grupul de psihoterapie trebuie adaptat nevoilor pacienților toxicodependenți. Majoritatea cercetătorilor și terapeuților care lucrează în domeniul dependenței de substanțe psihoactive sunt de acord în ceea ce privește adaptarea formelor de psihoterapie de grup la necesitățile clinice particulare ale dependentului. Khantzian, Halliday și McAuliffe (1990), Vannicelli (1988), S. Brown (1985), Matano și Yalom (1991) și Flores (1997) au oferit numeroase sugestii și recomandări prin care strategiile psihoterapeutice pot fi modificate și adaptate problematicii și caracteristicilor pacientului adictiv. Toți sunt de acord că abstinența este crucială; este considerată ca fiind elementul esențial în procesul recuperării toxicodependentului. De asemenea, importantă este văzută și implicarea pacienților în «programele în 12 trepte», în timp ce participă la grupurile de psihoterapie. Toți acești autori abordează grupurile de terapie dintr-o perspectivă interpersonală, fundamentată pe **modelul teoretic al grupului de terapie interacțională al lui Irvin Yalom** (1975). Plecând de la acest model, unii dintre ei au adoptat din psihoterapia psihodinamică o serie de principii care au determinat unele modificări ale tehnicilor psihoterapeutice, avându-se în vedere propensiunea pacientului dependent de reîntoarcere la uzul de substanță dacă sentimente ca anxietatea, rușinea, furia și vina nu sunt abordate cu atenție și grijă.

Un alt element important care trebuie luat în considerare în lucrul cu grupul de psihoterapie este intervenția forțelor curative (suportul egalilor, identificarea și valorizare reciprocă, interacțiunea, coeziunea etc.) care pot eficientiza recuperarea, dacă sunt gestionate cu profesionalism de către liderul grupului.

În scopul eficientizării managementului psihoterapiei de grup al pacientului dependent este deosebit de importantă o abordare a tratamentului în trei etape distincte. John Wallace afirma în 1978 că tratamentul unui alcoolic sau dependent de droguri este un proces „dependent de timp". Cu alte cuvinte, o intervenție terapeutică particulară asupra unui pacient cu doar câteva luni de abstinență va fi complet diferită față de intervenția asupra unuia recuperat recent.

Modul în care pacientul toxicodependent va fi abordat psihoterapeutic depinde de o serie de factori, cum ar fi: forța Ego-ului, trăsături psihopatologice, motivație, negare și istoricul de consum. Ultimul dintre aceștia, istoricul de consum, pare de departe a fi cel mai important, din mai multe motive. Probe neurologice și fiziologice adunate în urma examinărilor

consumatorilor de droguri ne demonstrează apariția unei „amorțeli" cognitive și emoționale pe durata a 2-3 luni de la detoxifiere, perioadă în care responsivitatea la psihoterapie este foarte scăzută. Alt aspect important în abordarea pacientului este refuzul lui inițial de a accepta consumul ca fiind principala cauză a dificultăților lui emoționale și comportamentale. Alături de negare, mecanismul defensiv este complicat de propensiunea de reîntoarcere la consum, dacă anxietatea și depresia sunt abordate prea repede.

Sarcina cea mai dificilă în etapa inițială a terapiei constă în **contracararea și dezamorsarea defensei de negare** în timp ce este provocată autodezvăluirea și conștientizarea, simultan cu menținerea anxietății în limite tolerabile. Însă, pentru ca să se producă transfomări la nivel afectiv și de personalitate, este necesar să oferim gradual suport, încurajare și provocare, astfel încât pacientul să devină capabil de conștientizare, restructurare și transformare creativă. În consecință, terapeutul trebuie să știe cum să gestioneze, să echilibreze și să adapteze diferite strategii de terapie necesare etapei inițiale sau celei finale.

• Structura și metodologia procesului psihoterapeutic de grup cu toxicomani

1. Etapa inițială de tratament

În acest stadiu tratamentul psihoterapeutic se confruntă cu precontemplarea, contemplarea și fazele preparatorii pentru schimbare conform ciclului Prochaska – DiClemente. Direcția de lucru a terapeutului presupune provocarea persoanei dependente astfel încât să recunoască, să accepte problema și să avanseze dincolo de ambivalență și negare.

Majoritatea pacienților se află în această etapă de tratament datorită presiunilor exterioare (angajaților, prietenilor, familiei), ei experimentând stări emoționale de vină, rușine, revoltă, depresie și revoltă. Deși recunosc că au nevoie de tratament, complianța lor la terapie este motivată de evitarea în viitor a condamnării, blamării sau criticilor celor din jur. Terapeutul se va confrunta în această perioadă cu 2 nivele de rezistență: dacă membrii grupului nu sunt ostili și rezistenți la tratament, comportamentul lor este de falsă complianță cu scop manipulativ pentru evitarea sancțiunii sociale. Dar există și pacienți ostili și rezistenți în mod activ, manifest, a căror complianță, deși redusă, este autentică.

Cei mai mulți dintre alcoolici și dependenți dispun și sunt fixați în grade diferite de schimbare datorită limitelor și rigidității cognitiv-afective și patologiei caracteriale induse de consumul de substanțe psihoactive. Există și persoane care intră în tratament din inițiativă proprie și motivație intrinsecă pentru a stopa

consumul, dar chiar şi la aceştia există dificultăţi în avansarea la nivelul acţiunii (conform ciclului Prochaska – DiClemente), datorită modificărilor de natură patologică în structura personalităţii. Aceste condiţii determină manifestări de suspiciune, revoltă şi manipulare, generând noi dificultăţi în abordarea psihoterapeutică a pacientului dependent.

Luând în considerare aceste dificultăţi, un tratament psihoterapeutic presupune anticiparea şi dezamorsarea structurilor defensive puternic consolidate, manifestate pasiv/ activ, de care dispun pacienţii dependenţi. În aceste condiţii, tratamentul ridică probleme importante de etică profesională. Confruntarea, ca tehnică terapeutică, dacă este prea punitivă şi motivată de contratransfer, poate agrava sever relaţia de alianţă cu pacientul. De asemenea, o atitudine neutră sau nondirectivă este nepermisă, dacă avem în vedere severitatea condiţiei de dependenţă şi absenţa motivaţiei pentru psihoterapie, întrucât blochează evoluţia normală a unei terapii la care participă de obicei pacienţii non-dependenţi.

Terapia pacientului dependent solicită liderul grupului (psihoterapeut) la o schimbare dramatică de focus şi de utilizare a unor tehnici într-o manieră specifică, pentru care nu are experienţă sau training de formare. Strategii precum confruntarea, presiunea, autoritatea terapeutică pot declanşa efecte iremediabile într-un individ sau grup, dacă sunt aplicate inadecvat şi nediscriminativ. O astfel de abordare a tratamentului pare a fi contrară principiilor multor şcoli de psihoterapie şi respinsă, neînţeleasă sau utilizată naiv de unii terapeuţi. Aceştia eşuează în a trata membrii grupului ca indivizi, aplicând metodele ca la carte, nerealizând că o confruntare cu un alcoolic la începutul tratamentului poate fi complet distructivă pentru etapele ulterioare.

Reamintim că structurile defensive ale pacienţilor nu există doar pentru a spori dificultăţile terapiei, ci şi pentru a eficientiza pe cât posibil funcţionarea psihică, evitându-se anxietatea şi disconfortul. Tehnicile confruntative aplicate singular nu vor face decât să crească anxietatea şi să întărească rezistenţele. Retragerea, evitarea, răspunsurile stereotipe pot fi declanşate de astfel de tehnici utilizate necorespunzător. De asemenea, orice tendinţă către complianţa pasiv-manipulativă (acceptarea opiniei terapeutului sau a altor membrii, evitându-se anxietatea confruntării) indică şi este amplificată de atacuri directe. De aceea, **o confruntare indirectă va dezamorsa treptat complianţa pasivă ca formă de rezistenţă.**

Aceste tehnici – **confruntarea, presiunea, autoritatea terapeutică** – vor fi prezentate în paginile ce urmează, încercându-se o evidenţiere a limitelor în aplicarea lor.

Presiunea

Referindu-ne la prima etapă de tratament, strategia presiunii intervine înainte ca tehnicile de confruntare să fie introduse în terapie. Rolul acestei strategii constă în

a oferi într-un mod directiv, chiar cu amenințarea sancțiunii (familiei, prietenilor, angajatorului), orientarea către tratament a pacienților toxicodependenți, mai ales atunci când aceștia neagă realitatea condiției lor de adicție.

Presiunea cu rol de orientare a pacientului ridică, bineînțeles, probleme serioase de etică profesională. Dificultăți legate de libertatea și drepturile individului cu privire la refuzul terapiei, chiar dacă opțiunea pentru terapie poate duce la recuperare mai rapidă și reintegrarea socială, nu sunt ușor de rezolvat. Este drept că un principiu fundamental al psihoterapiei arată că, pentru ca un client să beneficieze de terapie, este necesară o puternică investiție emoțională din partea acestuia.

Însă Ruth Fox (1967) afirmă că nu este necesar să așteptăm ca un alcoolic să atingă nivelul de jos al degradării psihice ca să fie suficient de motivat pentru terapie înainte ca noi să luăm anumite măsuri. Chaftez, Blane și Hill (1970) arată că persoane apropiate (alți toxicodependenți, prieteni, membrii familiei) pot motiva pacienții pentru a se înscrie în programul de tratament prin întâlniri, împărtășirea nevoilor de dependență, grijă și o continuă securizare emoțională. Așa cum ilustrează *Alcoolicii Anonimi și Al-Anon*, o schimbare de percepție și atitudine pot motiva un pacient pentru ajutor specializat.

Raționalizarea și negarea reprezintă defense ale Eului, care devin aproape sinonime cu tulburarea de dependență. Sunt defense care camuflează o stimă de sine foarte scăzută și un puternic sentiment de rușine și vină, care alimentează comportamentul adictiv în speranța că dispoziția generală de disconfort va dispărea definitiv. Weinberg (1976) demonstrează că tendința membrilor familiei, prietenilor și consilierilor specializați este de a evita aceste sentimente trăite intens în interior de către persoanele dependente. Cu alte cuvinte, aceștia camuflează la rândul lor problema dependenței, întărind pacientului rezistența la schimbare. În scopul evitării camuflării colaterale din partea celor apropiați de pacient, se impune realizarea unui instructaj (evident, când cei în cauză acceptă să participe la tratament), pentru ca strategia de presiune să funcționeze adecvat.

Alături de presiunea realizată de membrii familiei, există posibilitatea implicării în programul de tratament și a colegilor de muncă, mai ales a persoanelor cu autoritate pe linie ierarhică din cadrul organizației unde lucrează pacientul. În urma unui studiu, Lew (1973) consideră că alcoolicii sunt motivați pentru schimbare atunci când sunt în criză profesională, când siguranța locului de muncă este amenințată. O intervenție promptă în acest moment din partea organizației sau a instituției angajatoare ar putea orienta pacientul către tratament și psihoterapie. O cercetare realizată de Institutului Național al Abuzului de Alcool, 1962, (apud. Ph. Flores, 1997) arată că există o rată a succesului de 70% a programului de recuperare prin colaborare cu organizațiile și instituțiile din care fac parte persoanele dependente, în timp ce alte facilități de tratament au o rată de succes de aproximativ 20%. Ceea ce demonstrează, în

opinia lui Flores, necesitatea unei strategii de presiune în paralel cu programele AA ori NA şi cu instituţiile respective. Există şi studii care arată că nu este necesară presiunea pentru ca un alcoolic sau dependent să rămână în tratament (Heitler, 1976). Alte cercetări demonstrează că indivizii aflaţi „sub presiune" nu se implică mai mult sau mai puţin în procesul de recuperare faţă de cei intraţi din iniţiativă proprie.

De asemenea, un efect pozitiv sau negativ asupra succesului terapiei îl au expectanţele sau atitudinile psihoterapeutului raportate la strategia de presiune. Neîncrederea psihoterapeutului în metoda utilizată sau în capacitatea de recuperare a clientului este transmisă şi recepţionată la nivel inconştient de către pacientul aflat în terapie, fapt care va afecta sever eficienţa psihoterapiei, dar nu înainte de a genera în client sentimentul pierderii definitive a oricărei speranţe de vindecare.

Este important de subliniat că presiunea poate lua multe forme, unele subtile şi nu chiar atât de evidente ca presiunea familiei sau angajatorului. Dificultăţile în relaţia cu soţia, prietenii sau medicii îngrijoraţi pot constitui la un moment dat o puternică forţă de presiune care „propulsează" pacientul spre psihoterapie şi recuperare în general. Putem considera că astfel de pacienţi care nu îşi recunosc problema şi refuză tratamentul reprezintă majoritatea, iar ceilalţi, care se înscriu în programele de recuperare voluntar, reprezintă o excepţie. Astfel, apare ca evidentă necesitatea diversificării mijloacelor terapeutice în vederea „presării" (motivării) acestor pacienţi pentru recuperare.

Autoritatea terapeutică

Se impune ca terapeutul să conştientizeze că alcoolicii şi dependenţii nu vor renunţa la alcool sau drog până când durerea şi disconfortul experienţei de consum nu depăşesc experienţa oferită de substanţă. Alcoolicii şi dependenţii trebuie orientaţi către conştientizarea consecinţelor efectelor distructive şi autodistructive provocate de abuz.

Cum alcoolul şi drogul afectează gândirea, raţionamentul şi cum în multe cazuri consumul cronic determină deteriorări severe la nivel cognitiv, mulţi pacienţi suferă de o reducere a capacităţii de înţelegere, interpretare şi percepere a riscurilor condiţiei de consum (modul cum afectează consumul familia, serviciul, spiritualitatea sa). Este important ca terapeutul să înţeleagă necesitatea utilizării autorităţii terapeutice în scopul ghidării pacienţilor prin această etapă iniţială de tratament. A convinge pacientul să încerce variantele de acţiune ale terapeutului, sub ameninţarea pierderii locului de muncă, deteriorării sănătăţii sau arestului, se poate realiza prin amortizarea cu oferirea şansei ca în viitor să încerce căi personale de acţiune.

Utilizarea autorităţii terapeutice presupune aducerea de dovezi concrete ale efectelor distructive şi autodistructive produse de consumul unei substanţe

şi prezentarea lor membrilor grupului. Plecând de la premisa conform căreia în grupul de psihoterapie există persoane îngrijorate de sănătatea lor, putem provoca discuţii şi comentarii cu privire la problemele de sănătate, urmând apoi trimiterea acestor persoane la laboratoarele medicale pentru efectuarea de investigaţii psihomedicale complete. Testele de funcţionare a ficatului, examenele neurologice, analiza sângelui, testele psihologice pot reprezenta surse ale autorităţii terapeutice.

Dacă un alcoolic sau dependent este căsătorit sau implicat într-o relaţie semnificativă, terapeutul va identifica în acest caz dificultăţile majore din relaţia de cuplu. În foarte multe cazuri, soţia ameninţă cu divorţul sau este deja separată de pacient. Dacă această căsătorie sau relaţie de cuplu are semnificaţie pentru pacient şi, bineînţeles, dacă soţia nu este dependentă, acest segment al vieţii poate reprezenta o importantă sursă de acţiune cu autoritatea terapeutică. Soţia, partenerul persoanei dependente sau alte persoane semnificative din viaţa lui pot fi implicaţi în procesul de recuperare, mai ales dacă pacientul este spitalizat. Implicarea grupurilor de AA, a şedinţelor individuale de terapie alături de grupurile de psihoterapie va asigura implicarea „altora semnificativi" într-o manieră securizantă şi suportivă; în caz contrar, un mod de relaţionare victimizant sau persecutor, cu evantaiul specific de manifestări, sabotează autoritatea terapeutică.

Pacienţii care au dificultăţi la locul de muncă pot fi supuşi presiunii pentru a rămâne în tratament. Ameninţarea pierderii locului de muncă (dacă acest segment al vieţii are importanţă pentru subiect) poate fi, de asemenea, o cale de acţiune a autorităţii terapeutice şi o puternică forţă motivaţională pentru recuperarea persoanei dependente.

Totuşi, utilizarea autorităţii terapeutice determină unele riscuri de natură deontologică. Confidenţialitatea, de exemplu, este un factor crucial în orice formă de terapie. În unele cazuri, natura tulburării de dependenţă şi circumstanţele asociate, care conduc la intrarea persoanei într-un grup de psihoterapie, pot compromite relaţia de alianţă terapeutică. Există câteva modalităţi prin care terapeutul poate evita capcanele din relaţiile stabilite cu membri grupului:

- sursa presiunii şi autorităţii să fie reprezentată în principal de o altă persoană decât terapeutul;
- membrii grupului să fie informaţi că progresul lor este o preocupare şi a personalului medical.

Deşi utilizarea autorităţii terapeutice poate crea anumite dificultăţi pentru psihoterapeut, avantajele acestei metode în termeni de eficienţă a tratamentului sunt notabile. Zimberg (1980) subliniază avantajele acestei

metode, realizate evident într-o manieră terapeutică: „când este utilizată judicios, adecvat, nonpunitiv şi necritic, autoritatea terapeutică poate fi foarte eficientă pentru dezvoltarea responsivităţii dependenţilor la terapie. Dacă este utilizată de un terapeut cu probleme contratransferenţiale, poate distruge relaţia terapeutică. Metoda necesită o continuă monitorizare a terapiei şi progresului pacientului pentru a fi sigur că rolul ei este de a facilita recuperarea dependentului, şi nu de a satisface nevoi personale de succes în tratament ale terapeutului, prin pedeapsă şi respingere a comportamentului provocativ din partea pacientului" (p. 112-113).

Confruntarea

Confruntarea este o metodă care se adresează structurilor defensive ale pacientului şi care trebuie aplicată în momentul în care pacientul are suficientă forţă personală şi resurse alternative pentru a substitui rolul mecanismelor de apărare ale Eului. De aceea este necesar ca terapeutul să evalueze corect limitele aplicării acestei strategii.

Spre deosebire de tehnicile de clarificare şi interpretare, care se adresează unor răspunsuri formulate de pacient, confruntarea are ca ţintă „ceva" neconştientizat sau negat. Confruntarea provoacă pacientul la experienţa trăirii acelui „ceva" evitat în mod frecvent.

În cazul în care psihoterapeutul doar empatizează cu suferinţa şi durerea persoanei dependente, riscă să-i accentueze rezistenţele la schimbare. Este necesar ca terapeutul să empatizeze cu negarea suferinţei şi durerii, determinată în mare parte de refuzul stopării consumului de droguri. La un moment dat, în grupul de psihoterapie, terapeutul trebuie să provoace pacientul pentru confruntarea cu durerea sau suferinţa sa reală. O astfel de provocare din partea terapeutului va transmite subconştient pacientului următorul mesaj: „Tu eşti pregătit pentru a te confrunta cu aceste sentimente. Eu accept responsabilitatea în calitate de terapeut pentru provocarea ta şi am încredere în puterea relaţiei noastre şi în capacitatea ta de a face faţă". Dacă utilizarea acestei metode în cadrul grupului nu este motivată de frustrarea sau agresivitatea terapeutului, va avea rezultate hotărâtoare pentru progresul terapiei.

După cum atenţionează Rachman şi Heller (1974), **confruntarea devine atac terapeutic când:**

- într-o atmosferă confruntativă membrii grupului sunt asaltaţi psihologic – indivizii sunt reabilitaţi după uzul unei substanţe cu preţul pierderii demnităţii şi stimei de sine, posibilităţii de a gândi liber şi a se manifesta într-un anume fel personal;
- se impune conformarea faţă de un cod de comportament şi filosofie, concepţie de viaţă;
- este utilizată înainte de stabilirea unei relaţii terapeutice de alianţă;

- există deficite în flexibilitatea terapeutului;
- intervențiile de ajutor ale coterapeutului sau altor membrii ai grupului nu sunt integrate în confruntare;
- se dezvoltă un ritual de interacțiune în desfășurarea confruntării, fără producerea schimbării.

În aceste condiții, membrii grupului învață să răspundă la atac, se adaptează atmosferei de luptă (confruntare agresivă) și vor „pândi" momentele favorabile pentru declanșarea ripostei, pentru a plăti cu aceeași monedă. De asemenea, utilizarea excesivă a acestei metode va crește anxietatea, furia, ostilitatea și sentimentul rejecției.

Confruntarea poate apărea și între membrii grupului, mai ales când atmosfera stabilită de terapeut permite și chiar provoacă aceste confruntări, fapt care poate genera efecte benefice sau antiterapeutice, în funcție de climatul din grup, de atac sau de securizare și de modul cum sunt gestionate aceste confruntări.

Washton (1992) sugerează următoarele direcții pentru o confruntare eficientă:

1. confruntarea înseamnă a oferi cuiva un feed-back realist asupra comportamentului acestuia – a fi oglindă pentru cineva în vederea conștientizării modului cum este perceput el sau ea de către ceilalți – și nu o „asasinare a personalității";
2. confruntarea se realizează cu empatie, grijă și suport emoțional, pe un ton al vocii respectuos și securizant;
3. confruntarea presupune anumite observații, oferirea de exemple de comportament și nu include ghicitul, explicația, interpretarea, sfatul și critica cu privire la modul de manifestare al unei persoane;
4. confruntarea include declarații de îngrijorare la defensele Eului unei persoane și, când este posibil, exemple din propria experiență.

Este important de reținut că:

- tehnica de confruntare este mai eficientă când terapeutul va limita utilizarea ei la evenimentele observabile din cadrul grupului;
- confruntarea este mai puternică dacă se sprijină pe declarații concrete și nu trebuie confundată cu ipotezele despre motivele comportamentului unei persoane;
- terapeutul trebuie să mențină un echilibru între confruntare și suport. Prea mult suport încurajează continuarea consumului de droguri, iar confruntarea prematură și inadecvată poate crește rezistența și, în final, determină recăderea.

Intervenția inițială în tratamentul adicțiilor prin utilizarea tehnicilor confruntative are ca scop determinarea individului să recunoască necesitatea terapiei. Intervenția este mai eficientă când este realizată de o echipă

multidisciplinară, susținută în efortul ei de persoane semnificative din viața toxicodepentului. Astfel, intervenția prin implicarea mediului familial și profesional cu ajutorul presiunii, autorității terapeutice și confruntării va declanșa o criză (conflictul între nevoia de substanță și nevoile de securitate, protecție, afiliere și prestigiu), care va reduce impermeabilitatea structurilor defensive ale individului, permițând schimbarea și progresul în recuperare.

Obiectivul principal al intervenției psihoterapeutice în această etapă este de a ajuta pacientul să facă o alegere cu privire la consumul de drog. Fiecare membru al grupului de terapie trebuie să dispună de capacitatea de a face o alegere la sfârșitul acestei etape de tratament. Terapeutul trebuie să fie conștient că nu poate controla comportamentul unei persoane și stopa consumul. Alegerea de a continua terapia sau uzul substanței aparține în întregime pacientului. Terapeutul poate doar interveni prin strategiile prezentate, însă alegerea de a acționa depinde de pacient. În final, toxicodependenții au posibilitatea alegerii de a-și păstra locul de muncă, de a ajunge în închisoare, de a-și păstra sau destrăma propria lor familie. Opțiunea de a urma sau nu tratamentul rămâne a lor.

2. Etapa de mijloc a tratamentului

Odată ce pacientul a trecut prin fazele de precontemplare, contemplare și pregătire pentru schimbare, el intră acum în etapa de acțiune a procesului de recuperare. Sarcina principală a terapeutului constă în a menține membrii grupului activi implicați în tratament. Terapeutul trebuie să fie senzitiv în ceea ce privește fazele de recuperare ale individului și, de asemenea, trebuie să fie conștient de stadiile de evoluție ale grupului de terapie, pentru că fiecare stadiu particular al recuperării presupune anumite strategii terapeutice.

Allen Surkis (1989) distinge între strategiile terapeutice de conducere și funcțiile terapiei. El consideră că funcțiile terapiei sunt determinate de strategiile utilizate de terapeut. Dacă strategiile terapeutice sunt adecvat aplicate și gestionate, atunci anxietatea și tensiunea din grup va descrește, permițând instalarea unei atmosfere propice evoluției grupului către etapa finală a tratamentului.

Strategii terapeutice Etapa inițială / de mijloc	Funcțiile terapiei Etapa finală
1. reducerea anxietății și gestionarea tensiunii 2. reducerea rezistenței de grup și clădirea coeziunii	1. dezvoltarea unui sentiment de curiozitate și descoperire 2. oferirea șansei de trăire și experimentare a emoțiilor

3. menținerea regulilor de organizare (durata ședinței, integrarea noilor membrii etc.) 4. adecvarea modalităților de exprimare a emoțiilor	3. integrarea părților reprimate ale Eului

Este important ca terapeutul să evalueze cu acuratețe stadiile de dezvoltare ale grupului, pentru a determina modalitatea de abordare optimă a membrilor grupului. Etapele inițială, de mijloc și finală ale recuperării necesită obiective și exigențe în lucrul terapeutic foarte diferite.

Scop	Etapa inițială / mijloc	Etapa finală
Afecte sau emoții	Minim. Centrarea pe cogniție și conținut.	Nivel optim al anxietății
Regresia	Redusă	Creștere
Aici și acum	Redusă. Centrare pe condiția de dependență	Creștere și centrare pe prezent
Confruntarea	Focus pe consum și consecințe ale consumului	Redusă și accentuare a intimității
Activitatea terapeutului	Directivă și transparentă	Directivă și transparentă
Dinamica intrapsihică	Accentuare	Redusă
Dinamica interpersonală	Focalizare redusă	Focalizare accentuată
Grupul ca întreg	Focalizare redusă	Focalizare accentuată
Suport emoțional	Puternic	Focalizare redusă
Conținut vs. proces	Conținut	Proces

Odată ce stabilizarea este obținută în prima parte a terapiei, menținerea acesteia domină etapa de mijloc a tratamentului de recuperare. Recomandări ale unor autori arată importanța implicării membrilor grupului în AA (Kemker, Kiber și Mahler, 1993). Participarea la AA nu este necesară doar pentru pacienți, ci și pentru terapeuții nefamiliarizați cu limbajul și filosofia de tratament a grupurilor în 12 trepte. Grupul de terapie reprezintă o parte integrantă a procesului de învățare alături de AA. Datorită structurii interne, experiența de grup are un semnificativ potențial în formarea unor legături emoționale necesare pe durata acestei etape de tratament. Conform Kemker (1993), două elemente sunt esențiale pentru acest proces: (1) acceptarea condiției de abstinență și (2) învățarea culturii de recuperare. Aceste două elemente ale procesului de recuperare sunt oferite atât de grupul de psihoterapie, cât și de grupurile AA.

Matano şi Yalom (1991) sugerează **cinci direcţii** pentru **integrarea AA şi a principiilor recuperării în 12 trepte în contextul psihoterapiei de grup**:

- întotdeauna trebuie acordată prioritate abstinenţei şi recuperării;
- pacientul acceptă să fie numit alcoolic sau dependent;
- anxietatea trebuie să fie gestionată cu atenţie;
- trebuie cunoscute cu claritate responsabilităţile participanţilor;
- terapeutul să fie familiarizat cu limbajul, paşii de recuperare şi tradiţiile AA.

Pe de o parte, programul în 12 trepte oferă suport emoţional şi securizare, asociate cu stimularea motivaţiei pentru schimbare, iar pe de altă parte grupurile de psihoterapie, deşi oferă pacienţilor suport şi securizare, sunt centrate pe dinamica intrapsihică şi a relaţiilor interpersonale. Putem afirma că, dacă prima metodă de tratament AA configurează un schelet al procesului recuperării, a doua consolidează şi îmbracă acest schelet, intensificând recuperarea.

- **Strategii şi calităţi ale unui terapeut de grup eficient**

Conform opiniei lui Yalom, conducerea unei terapii eficiente de grup presupune o prezenţă foarte activă din partea terapeutului şi furnizarea unei structuri solide grupului. El afirmă că într-un cadru spitalicesc „nu este loc pentru un terapeut nondirectiv" (1983, p. 107). Revenirea şi renunţările pacientului toxicodependent şi scurta durată de internare ar crea mari dificultăţi unei terapii slab structurate şi unui stil nondirectiv. De aceea, terapeutul unui astfel de grup trebuie să anticipeze durata de viaţă a unui grup doar pentru o singură şedinţă şi să realizeze foarte multe într-un timp foarte scurt. Din acest motiv, grupul necesită prezenţa unui terapeut activ şi directiv.

După Yalom (1983), terapeutul care lucrează cu pacienţi internaţi are următoarele **sarcini:**

1. terapeutul trebuie să fie activ şi eficient şi să nu permită pierderea de timp pe durata şedinţelor;
2. securizarea este principala prioritate a grupului;
3. grupul cu pacienţi internaţi necesită un terapeut suportiv;
4. terapeutul trebui să fie directiv şi să ofere o structură grupului.

1) Terapeutul activ şi eficient

Pacienţii spitalizaţi răspund mai bine la un terapeut care:

a) asigură distribuţia de timp egal între membrii grupului. Nu este nimic mai distructiv ca a permite unui pacient să domine în mod constant grupul;

b) solicită activ membrii grupului să interacționeze;
c) focalizează activ atenția membrilor asupra a ceea ce este important;
d) previne nerăbdarea și fluctuația atenției membrilor grupului;
e) furnizează o direcție clară a ședinței de grup.

2) Securizarea ca prioritate în grup

Terapeutul trebuie să creeze o atmosferă constructivă, caldă, securizantă și de încredere. Membrii grupului trebuie să trăiască experiența unui grup în care sunt înțeleși, ascultați și acceptați. Majoritatea toxicodependenților au puțină experiență în rezolvarea conflictelor fără manifestări destructive ale furiei. Într-un astfel de grup pot învăța modalități noi de gestionare a conflictelor într-un mod constructiv.

3) Strategii de suport

A fi suportiv nu înseamnă doar a fi drăguț și prietenos. Un terapeut de grup trebuie să echilibreze suportul oferit cu fermitate și anticipare. Terapeutul formulează cu claritate ce așteptări are față de grup și explică motivele acțiunilor sale.

Pentru a dezvolta o atmosferă suportivă, terapeutul trebuie să:

a) accepte și să înțeleagă contribuția fiecărui membru la grup. Membrii grupului răspund pozitiv unui terapeut care îi valorizează și acceptă;
b) nu minimalizeze sau discrediteze eforturile unui membru sau ale altuia;
c) descurajeze comportamentele de rezistență;
d) ajute membrii grupului pentru a înțelege motivele comportamentelor altor persoane;
e) identifice și sublinieze valoarea unui membru al grupului în relație cu altul. Întrucât persoanele toxicodependente se autoblamează, a-și conștientiza propria valoare pentru alții din grup determină creșterea stimei de sine;
f) nu favorizeze un pacient în raport cu altul;
g) lase posibilitatea pacienților de a se deschide în fața grupului atât cât simt nevoia. În cazul grupului cu pacienți dependenți este necesară provocarea lor, pentru a discuta liber despre consecințele comportamentului lor de consum;
h) să trateze fiecare membru cu stimă și respect. Comportamentul lor nonverbal nu se interpretează decât dacă este direct conectat cu problemele asociate consumului.

4) Furnizarea de direcție și structură în grup

Așezarea membrilor grupului este de preferat să reprezinte un cerc, fără mese sau alte obiecte în mijloc. Orele de început și sfârșit ale ședinței trebuie

respectate cu strictețe, pentru a oferi limite clare membrilor grupului.

În tabelul de mai jos, Yalom oferă o structură și un timing pentru desfășurarea unei ședințe de grup.

1. Orientare și pregătire (Terapeutul se prezintă și anunță membrii grupului obiectivul și durata ședinței; dacă sunt membri noi sau noi coterapeuți.)	2-3 min.
2. Agendele ședinței (Fiecare membru formulează teme personale pentru a fi discutate în ședința de grup.)	10-20 min.
3. Lucrul asupra agendelor (Terapeutul încearcă să lucreze asupra a cât mai multor agende.)	60-80 min.
4. Rezumat, comentariu și încheierea ședinței de grup	2-3 min.

Trebuie menționat că o structurare accentuată a ședinței va limita libertatea de interacțiune și va întări dependența membrilor grupului față de terapeut pentru orientare și ghidare. De asemenea, o structurare vagă provoacă regresie și pierdere de timp, datorită încercărilor de stabili o direcție grupului. Având în vedere aceste limite, este necesar ca membrii grupului să învețe să formuleze agende de lucru realiste. Pentru ca structura unei agende să fie specifică, ea trebuie să conțină o problemă care să poată fi rezolvată într-o singură ședință.

Formularea de agende este dificilă pentru majoritatea pacienților. O ședință de grup cu agendă vag formulată riscă să devină o pseudo-întâlnire AA. De aceea, terapeutul trebuie să-i învețe pe pacienți să elaboreze o agendă în termeni clari și specifici, în funcție de problemele personale pe care doresc să le discute.

Conform lui Yalom (1983), **formularea unei agende necesită parcurgerea a trei pași:**

1. pacientul trebuie să identifice unele aspecte personale pe care dorește să le schimbe;
2. pacientul trebuie să încerce formularea problemei în termeni interpersonali;
3. pacientul trebuie să formuleze problema la timpul prezent.

De obicei, majoritatea dificultăților cu agenda de lucru se datorează tendinței generale de formulare a problemelor personale în termeni vagi. Spre exemplu, un membru al grupului poate formula problema în felul următor: „Sunt deprimat și vreau să termin cu deprimarea asta". O astfel de formulare este nefolositoare, întrucât problema nu poate fi rezolvată într-o singură ședință.

Succesul schimbărilor mici poate crește încrederea în forțele proprii, în capacitatea de schimbare. Așa că, drept răspuns la dorința stopării deprimării putem afirma: „Jim, înțeleg că este o problemă importantă pentru tine, deoarece ți-a creat suferință și în trecut. Însă mă întreb cât de realistă este pentru tine acum. Ai această deprimare de ceva timp și, pentru a fi stopată, este nevoie de ceva timp. În această ședință putem discuta despre unul din motivele pentru care ești deprimat. Și anume, cel al izolării, după cum spuneai mai înainte. Aș dori să fii atent la modul cum te izolezi chiar aici în grup. Ce se întâmplă cu tine când refuzi contactul chiar aici în grup? Aș dori să explorezi această problemă și să vezi cum contribuie ea la deprimarea ta." (Ph. Flores, 1997, p. 410).

În acest exemplu, terapeutul a reformulat în termeni specifici problema deprimării pacientului și a introdus-o în contextul interacțional din grup, focalizând atenția pacientului asupra rezolvării aici și acum.

În finalul acestui subcapitol vom prezenta, în acord cu Mueller, Suffer și Pregaman (1982), **opt obiective ale terapiei** ce trebuie a fi atinse de-a lungul etapei de mijloc a procesului de recuperare.

1. Pacientul identifică consecințele consumului de droguri, modul cum afectează diferitele segmente ale vieții sale (familia, serviciul, aspectele juridic și financiar, sănătatea, spiritualitatea sa).
2. Pacientul identifică obiectivele personale ale terapiei sale.
3. Pacientul conștientizează propria sa condiție de abstinență care, pentru a fi respectată, impune oprirea consumului de alcool sau droguri pentru tot restul vieții.
4. Pacientul identifică alternative la consum și de ce are nevoie pentru a rămâne abstinent (participarea la AA, grupuri de psihoterapie).
5. Când este posibil, se introduce în tratament suportul socio-emoțional (familia, prietenii, AA, angajatorul).
6. Dezvoltarea unei atmosfere securizante și suportive, necesară experienței de manifestare a trăirilor afective.
7. Educarea membrilor grupului în ceea ce privește conceptul de tulburare de dependență.
8. Asigurarea desfășurării ședințelor de terapie într-un climat de abstinență va motiva pacientul pentru urmarea psihoterapiei și după perioada de internare.

3. Etapa finală de tratament

Această etapă a procesului terapeutic se fundamentează pe două direcții de acțiune, distincte, dar intercorelate. Pe de-o parte este nevoia de menținere a abstinenței, iar pe de altă parte necesitatea transformării personalității

dependentului. Pe măsură ce tratamentul progresează, iar perioada de abstinență se prelungește, este nevoie tot mai mult de focalizarea psihoterapiei pe transformarea și restructurarea personalității toxicodependente. În comunitățile terapeutice aceste două direcții de acțiune se circumscriu conceptului de prevenire a recăderilor. AA și alte programe în 12 trepte recunosc și promovează ideea conform căreia menținerea abstinenței aduce modificări și transformări majore în structura personalității, nu demult dominată de condiția dependenței.

Recuperarea pe termen lung nu înseamnă doar stoparea consumului și detoxifierea, ci este nevoie de parcurgerea celor 12 trepte ale programului sau de implicarea unor forțe psihologice care să transforme și apoi să dezvolte creativ resursele Sinelui. Bineînțeles, aceste transformări nu se pot obține decât în condiții de abstinență.

În etapa finală de tratament, grupul de psihoterapie apare ca fiind mai puțin restrictiv și structurat, spre deosebire de primele etape. Stabilitatea fragilă a recuperării impune o atentă și precaută utilizare a tehnicilor de terapie, datorită riscului ridicat de recădere și revenire la vechiul pattern de consum. În funcție de evoluția pacientului și trecerea în fazele avansate ale terapiei, focalizarea poate fi deplasată de la prevenirea recăderii la conflictele intrapsihice și identificarea resurselor personale pentru o dezvoltare creativă.

Grupul de psihoterapie se va centra pe schimbări de lungă durată în comportamentul și personalitatea pacientului. Un tratament eficient pe termen lung necesită menținerea unei balanțe delicate între trăsăturile specifice structurii adictive (narcisism, egocentrism etc.) și sentimentele de vină, rușine și devalorizare ce domină viața lor emoțională. Terapeutul trebuie să fie conștient că o recădere poate interveni oricând, iar dacă pacienții se simt prea bine sau prea rău probabilitatea unei recăderi este mare. O psihoterapie eficientă presupune abilitatea terapeutului de a păstra un echilibru fin între cele două poziții extreme.

Conform lui Ph. Flores (1997), terapia de grup pe termen lung presupune schimbarea de paradigmă de la modelul tipic medical la abordări tradiționale de psihoterapie individuală și de grup. În prezent, este universal acceptat că terapia pe termen lung se adresează atât tulburării de dependență, cât și patologiei de personalitate. Același autor consideră că metodele psihanalizei ca interpretarea și transferul sunt inadecvate, dacă avem în vedere nevoia pacientului toxicodependent de a introiecta noi realități și strategii de comportament necesare menținerii abstinenței și adaptării creative la ambianța psihosocială. Alternativa ar fi psihoterapia de grup, întrucât oferă un microclimat social suportiv și securizant, unde pacienții au șansa de a experimenta proiecțiile unor sentimente de furie, ostilitate sau dependență și de a integra prin conștientizare de sine și cunoaștere interpersonală noi modalități de adaptare și reintegrare socială.

O abordare terapeutică influențată de un model medical tradițional presupune identificarea figurii autoritare a terapeutului cu o imagine protectivă

şi puternică a unei persoane semnificative din viaţa pacientului. Astfel, pacientul va aştepta, în virtutea transferului realizat, dependent şi încrezător, ca această figură autoritară să-i rezolve pur şi simplu dificultăţile sau, în termenii psihoterapiei existenţialiste, pacientul trăieşte credinţa într-un salvator supranatural. Şi cum această putere supranaturală urmează să-l salveze (să-i rezolve dificultăţile), gândeşte despre el că este o fiinţă specială (o fiinţă specială se considera şi în perioada de consum!).

De obicei, pacienţii toxicodependenţi nu consideră că au o problemă, ci că dificultăţile întâmpinate se datorează unor cauze exterioare; prezintă o capacitate limitată de a respecta reguli, chiar şi acelea care ţin de contractul terapeutic; tind să-şi reducă anxietatea prin manifestări impulsive şi abuz de substanţe; au dificultăţi serioase cu intimitatea în relaţiile interpersonale. Acest ultim aspect ridică bariere solide în stabilirea unei relaţii terapeutice de alianţă, cu excepţia cazului în care relaţia de rezonanţă emoţională terapeut-pacient este perfectă.

În opinia lui Flores, o alternativă la terapia individuală este grupul: „grupul de psihoterapie fundamentat pe paradigma relaţiilor interpersonale şi sentimentului de comunitate este cel mai eficient model, care răspunde adecvat tuturor aspectelor şi necesităţilor pacientului pe parcursul tratamentului" (1997, p. 432).

Alonso şi Rutan (1983) identifică cinci categorii principale de **dificultăţi** frecvente la acest tip de pacient:

1. conştienţă limitată;
2. se percepe ca „acesta sunt eu" când devine conştient;
3. rezistent la schimbare, chiar dacă doreşte să se schimbe;
4. repetă compulsiv până depăşeşte problema
5. dificultăţi în schimbare, chiar şi în cazul existenţei motivaţiei.

Autorii menţionaţi trasează şi modalităţile prin care psihoterapia de grup se poate adresa fiecăreia din aceste categorii:

1. Ajutorul dat pacientului pentru a deveni conştient

Datorită trăsăturilor de personalitate manifestate dominant în câmpul interpersonal, grupul oferă un avantaj substanţial faţă de psihoterapia individuală. În grup, indivizii nu trebuie să vorbească despre dificultăţile lor; ele se manifestă în interacţiunea directă dintre membrii grupului. Întrucât grupul permite indivizilor să experimenteze reflecţia în oglindă a întregului grup, se dezvoltă o coeziune fundamentată îndeosebi pe calităţi ale trăirii afective şi mai puţin pe raţionamente şi judecăţi de valoare.

2. Acesta sunt eu

Se referă la trăsăturile de personalitate care nu generează în pacient un sens specific al lui „acesta sunt eu"; prezenţa de netăgăduit în grup a acestora este adesea greu de observat, conducând de obicei la o mobilizare masivă a defenselor. Se ajunge, astfel, inevitabil, la sentimente puternice de expunere şi ruşine. Autorii consideră că acesta este primul şi cel mai important obstacol ce

trebuie depăşit în tratament. Reciprocitatea expunere–acceptanță este posibilă doar în formatul grupului, ca element crucial în rezolvarea rușinii.

3. *Vreau să mă schimb, dar nu pot*

Alonso şi Rutan identifică prezența rușinii și a fricii de expunere ca obstacol primar în schimbarea personalității. Cum modificarea acesteia este extrem de dificilă datorită rușinii intense, furiei și depresiei de abandon, perspectiva acceptării de către un grup de egali, care şi-a expus, de asemenea, propriile vulnerabilități, reduce agonia dezvăluirii compromisurilor profunde și secrete.

4. *Acționez la fel din nou*

Membrii grupului vor repeta în grup pattern-uri comportamentale care contribuiau la menținerea dificultăților lor. Regresia și repetiția compulsivă domină cea mai mare parte a tratamentului acestor pacienți prin psihoterapia de grup. După cum subliniază Alonso şi Rutan, datorită posibilităților de apariție a reacțiilor de transfer, grupul provoacă atât amplificarea regresiei, cât și necesitatea siguranței și acceptării, precum și repetiția compulsivă ce domină viețile lor.

5. *De ce schimbare? Ce îmi aduce schimbarea?*

A renunța la strategiile comportamentale obișnuite este un demers complex și dureros. Pentru mulți pacienți, acest lucru este ca și cum s-ar vinde pe ei înşişi pentru a fi, astfel, acceptați de ceilalți, conducând la sentimentul pierderii integrității personale. Alonso și Rutan observă: „Coeziunea grupului de terapie și nevoia de a fi inclus în grup pot depăşi o rezistență acerbă la schimbare" (1993, p. 445).

- **O paradigmă a terapiei de grup în tratamentul psihopatologiei adictive**

Alcoolicii și dependenții nu reacționează bine, de regulă, la pasivitatea terapeuților și reținerile emoționale ale acestora sau, altfel spus, la strategii care nu oferă gratificare emoțională, suport și receptivitate. Acest lucru nu înseamnă că terapeutul trebuie să (se) asigure că membrii grupului său sunt recompensați într-o manieră infantilă, care este irealistă, antiterapeutică și care ar alimenta narcisismul și așteptările de satisfacție imediată ale pacienților. În schimb, stabilirea unui climat de frustrare optimă oferă un echilibru necesar asigurării că nevoile acestor pacienți sunt cunoscute și satisfăcute, înainte ca ei să devină capabili de control asupra propriilor impulsuri și emoții distructive.

Sarcina terapeutului constă în asigurarea că membrii grupului mențin abstinența, în timp ce le oferă oportunitatea de a experimenta suficientă anxietate și frustrare care să scoată la iveală pattern-urile distructive și dezadaptative. În același timp, un suport emoțional și o gratificare suficiente sunt necesare pentru a evita devianța comportamentală a pacienților atât în grup (minimizarea

distorsiunilor transferenţiale distructive şi identificarea proiectivă patologică), cât şi în afara grupului (separarea de grup şi reîntoarcerea la consumul de alcool şi droguri), până în momentul în care ei pot face faţă stresului şi agenţilor anxiogeni într-o manieră constructivă şi productivă.

Pentru a ajunge la această finalitate, terapeuţii trebuie să fie mai activi şi mai gratificanţi decât în terapia pacienţilor non-adictivi.

Există câteva trăsături specifice ale tratamentului alcoolismului şi dependenţei de droguri de care terapeutul trebuie să ţină seamă în abordarea psihoterapeutică de grup, astfel încât factorii curativi ce acţionează în grup să determine reuşita terapiei:

1. Sprijin pozitiv din partea egalilor şi presiunea în direcţia abstinenţei faţă de alcool şi droguri.
2. Identificare reciprocă şi şansa indivizilor de a învăţa că nu sunt singurii care se confruntă cu dependenţa compulsivă faţă de droguri.
3. Oportunitatea unei înţelegeri mai bune a propriilor atitudini şi a negării faţă de adicţie prin acordarea şansei de confruntare cu atitudini şi defense similare ale altor alcoolici şi dependenţi de droguri.
4. Învăţare experienţială şi schimb de date factuale care transmit mesajul că abstinenţa se armonizează întotdeauna cu creşterea acceptării de către pacienţi a identificării lor ca alcoolici şi dependenţi.
5. Identificarea, coeziunea, speranţa şi suportul sunt oferite structurat, cu definirea clară a limitelor şi a consecinţelor corespunzătoare, ajutând consumatorii de droguri să facă o distincţie corectă între lucruri pentru care sunt responsabili (ex. primul consum) şi pentru care nu sunt (ex. boala adicţiei).
6. Pacienţilor dependenţi de droguri li se acordă oportunitatea de a deveni mai conştienţi de modul în care stilul lor interpersonal interferează cu abilitatea de a stabili relaţii apropiate şi satisfăcătoare cu alţii.

Tratamentul psihopatologiei sau deficitului în structura psihică (Kohut, 1977) devine un obiectiv pe termen lung al psihoterapiei de grup. Adicţia este percepută ca şi condiţie care rezultă din încercările neorientate ale unei persoane în a-şi rezolva anumite deficite din structura psihică. Vulnerabilitatea Sinelui este consecinţa unor eşecuri în dezvoltarea emoţională şi a deprivării afective timpurii. Abuzul de droguri, ca o încercare de rezolvare, nu face decât să dezvolte această condiţie ca urmare a dependenţei psihice şi deteriorării ulterioare a structurilor fiziologice şi psihologice.

Alcoolicii şi dependenţii vor fi întotdeauna vulnerabili la comportamente obsesiv–compulsive şi dependente, substituind o dependenţă cu o alta (ex. droguri, alcool, sex, jocuri de noroc, mâncare, perversiuni, muncă), până la soluţionarea sau dizolvarea vulnerabilităţilor în structura Sinelui. Pacienţii trebuie să aibă oportunitatea de a identifica, internaliza şi integra un set mai sănătos şi adaptativ de introiecţii şi reprezentări.

- **Direcţii de lucru terapeutic**

Odată ce terapeutul poate folosi cu succes influenţa grupului pentru a ajuta alcoolicii şi dependenţii să-şi internalizeze responsabilitatea pentru abstinenţa faţă de alcool sau droguri, el trebuie să înceapă treptat să determine grupul să recunoască sau să identifice factorii interni care au contribuit la tendinţa lor de a folosi factori externi (droguri, alcool, alimente, sex etc.) ca surse pentru echilibrarea şi satisfacerea afectivă. Pacienţii vor explora trecutul lor şi vor înţelege conexiunea dintre consumul de droguri, psihopatologia lor şi inabilitatea de a stabili relaţii apropiate satisfăcătoare.

Întrucât majoritatea alcoolicilor şi dependenţilor de droguri provin din familii disfuncţionale, în care au experimentat şi experimentează în multe cazuri relaţii nesatisfăcătoare, ei tind puternic în a reactiva şi repeta compulsiv propriul stil interpersonal dezadaptativ modelat, evident, de contextul familial. Influenţa şi sprijinul grupului îi vor ajuta să devină conştienţi de stilul lor interpersonal şi de efectele acestuia asupra conduitelor celor din jur.

Membrii unui grup matur, care au pus mai multă distanţă între prezent şi ultima experienţă de consum, au o capacitate mai mare de a profita şi de învăţa de pe urma unei strategii centrate pe tranzacţii interpersonale de tipul „aici şi acum".

Obiectivul ultim al grupului este să ajute pacienţii să dezvolte deprinderi interpersonale optime în cadrul grupului, astfel încât acestea să poată fi generalizate şi aplicate în afara grupului, în viaţa reală.

- **Modelul lui Yalom şi psihologia Sinelui în terapia de grup a toxicomanilor**

Una dintre implicaţiile psihologiei Sinelui în tratamentul adicţiilor în cadrul psihoterapiei de grup constă în ideea potrivit căreia există două nivele ale interacţiunii, care se manifestă simultan în oricare schimb interpersonal din grup. Există o interacţiune externă între membrii grupului şi oamenii din afară şi, simultan, o interacţiune internă, experimentată în lumea interioară a individului. Aceste nivele se află în relaţii de interinfluenţare: cel extern are impact asupra reprezentărilor individului, în timp ce lumea interioară colorează, distorsionează şi îi influenţează pe cei din lumea externă, în sensul comportamentului şi acţiunii,

într-un mod care se potriveşte expectaţiilor inconştiente ale individului. Ele trebuie examinate în grup pentru a înţelege dinamica fiecărei persoane.

În timp ce modelul interacţional al lui Yalom (1983) este cel mai bun model sistematic în înţelegerea şi explicarea conduitei exterioare a membrilor grupului, psihologia Sinelui oferă cea mai bună înţelegere a experienţelor interne, neobservabile, legate de evenimente externe ce au loc în contextul „aici şi acum" al grupului. Grupul este mai capabil să ofere realizarea acestui obiectiv decât terapia individuală. În timp ce acest proces tinde să fie mai ameninţător în relaţia de „unu la unu", grupul oferă un cadru mai securizant, mai „larg", care le permite manifestarea ostilităţii şi ambivalenţei, ca şi a nevoilor de aprobare, dependenţă şi sprijin.

Terapia deficienţelor structurale interne

Krystal (1982) dezaprobă viziunea lui Kohut, conform căreia inabilitatea alcoolicilor de a obţine satisfacţii poate fi tratată prin procesul transmutării internalizării; autorul combate ideea că dificultatea toxicodependenţilor de a renunţa la drog ar fi legată de o deficienţă în structura dezvoltării Sinelui. El crede că problema se datorează unei inhibiţii rezultate din atribuirea eronată a acestor funcţii unor obiecte, mai degrabă decât reprezentării Sinelui. Krystal consideră că aceşti indivizi se văd ca victime ale frustrărilor din copilărie şi aşteaptă ca acestea să fie compensate de iubirea terapeutului („dacă mă iubeşti, mă faci să mă simt bine. Altfel, atât timp cât nimic nu merge şi eu nu mă simt fericit, tu nu mă iubeşti").

Flores (1997) consideră că Krystal a evaluat corect expectaţiile şi revendicările acestor pacienţi, dar a eşuat în aprecierea realităţii experienţelor de deprivare afectivă. Nevoile lor n-au fost satisfăcute de un subiect suportiv, empatic, ceea ce a condus la viziunea unei lumi neechitabile şi rejective. Krystal consideră că această condiţie este o iluzie sau ceva fabricat, exagerat. O asemenea optică contrazice teoria dezvoltării a lui Mahler, potrivit căreia toxicodependenţii percep distorsionat realitatea şi îi consideră pe ceilalţi nonempatici şi nerecunoscători. De aceea, terapeuţii care abordează o strategie non-recompensativă şi nondirectivă provoacă o puternică furie şi ostilitate în astfel de indivizi.

De asemenea, Krystal observă corect expectaţiile nerealiste care nu pot împlinite sau satisfăcute. Fapt care trebuie acceptat de toxicodependenţi. Ei trebuie să accepte că această căutare este inutilă şi că trebuie să renunţe la ea.

Relaţiile din realitatea exterioară sunt interpretate inconştient în lumina lumii interne a alcoolismului; mai mult, dependenţii de droguri se angajează în eforturi inconştiente în încercarea de a forţa şi schimba relaţiile astfel încât să corespundă modelelor de rol introiectate. Dacă un părinte a fost critic şi tiranic, subiectul îi va forţa pe alţii să se schimbe şi să intre în rolul de critic şi tiran faţă de el. Ca adulţi, ei vor fi critici cu ei înşişi şi autopunitivi, iar în relaţiile cu ceilalţi vor fi percepuţi ca tiranici şi critici.

Terapia introiecțiilor

Conceptul de frustrare optimă joacă un rol important în tratamentul psihoterapeutic, când terapeutul și pacientul se străduiesc să depășească obstacolele în relația lor și neînțelegerea faptului că are loc o maturizare și se stabilizează structura psihică. Deși trăsăturile fundamentale se structurează în primii ani de viață, dezvoltarea este un proces care continuă pe tot parcursul existenței.

După cum am amintit deja, întrucât alcoolicii și dependenții nu pot tolera neutralitatea tehnică, ei revendică un terapeut activ, dinamic, care îi recompensează la un anumit nivel. Totuși, un sprijin și o gratificare complete nu vor conduce la internalizare, la corectitudinea introiecțiilor și remodelarea structurii psihice. Este necesară mai întâi o înțelegere empatică și apoi transmiterea acesteia către pacient.

Terapia individuală are de obicei un succes redus în cazul alcoolicilor și dependenților de droguri și aceasta datorită multiplelor distorsiuni de transfer; pacienții nu pot tolera provocarea nevoilor de dependență și nu pot face față anxietății care apare inevitabil în cadrul relației terapeut – pacient.

Grupul diluează intensitatea sentimentelor pacientului, oferindu-i posibilitatea de a se confrunta cu ostilitatea și ambivalența în relațiile cu persoane semnificative, față de care, în cadrul grupului, își pot manifesta furia sau dragostea. Grupul oferă, de asemenea, alternative la stilul de viață al toxicodependentului; alternative care pot suplini, în virtutea structurii dependente, nevoia lui de un subiect sau obiect tranzițional și care pot conduce la dezvoltarea unei semnificații adecvate și mai stabile a constanței obiectelor. Grupul poate deveni un astfel de obiect tranzițional pentru alcoolicii și dependenții care caută să se elibereze de condiția lor de adicție.

Kosseff (1975) evidenția **calitățile tranziționale ale grupului în procesul internalizării:**

1. Grupul este o reprezentare (tangibilă) clară a relației dintre pacient și terapeut. Cu toate acestea, pacientul este protejat de intensitatea dependenței de terapeut, deoarece aceasta este transferată grupului.
2. Grupul menține un grad de separare față de terapeut și permite pacientului baleiajul între suport și libertate, pe care relația diadică nu o facilitează.
3. Grupul este bastion împotriva sentimentelor supradimensionate de frustrare și teamă de pedeapsă atunci când pacientul vrea să acționeze autonom. Grupul își oferă sprijinul ca o alternativă la dependența față de un obiect.
4. Grupul favorizează construirea unui spațiu între terapeut și pacienți, care lasă libertate manifestării pacienților creativi. Ei pot folosi grupul

când aleg, relaxează sau strâng relația cu terapeutul și atunci când desființează identificarea transferențială.

5. Grupul servește drept o „escortă" în eforturile pacientului de a face față evenimentelor și figurilor introiectate.
6. Grupul împiedică controlul terapeutului sau controlul acestuia de unii membrii.
7. Granițele dintre terapeut și pacient sunt mai ferme. Cu ajutorul grupului, pacientul poate conștientiza propriile introiecții, devenind mai capabil de a diferenția realitatea de percepție.
8. Grupul ca obiect tranzițional provoacă dezvăluirea Sinelui real și facilitează supremația Sinelui când pacientul acționează într-un mod inedit. Oferind și primind empatie, alinare, înțelegere și autoafirmare în grup, se ajunge la eliberarea impulsurilor.

Conclusiv, grupul ca obiect sau subiect tranzițional ajută alcoolicii și dependenții de droguri: (1) să treacă de la un set de imagini fragmentate, neintegrate ale Sinelui la o reprezentare mai unitară a Sinelui, prin identificarea cu alți membri ai grupului; (2) să depășească percepția unui obiect parțial ca și cum ar fi întregul obiect (terapeutul văzut numai subiect negativ); (3) să depășească teama că va fi „înghițit" de terapeut și să ajungă cu ajutorul grupului la ideea că acest lucru nu se poate întâmpla, deoarece terapeutul nu este atât de puternic, iar teama pacientului provine din dorința de fuziune.

- **Procesul terapeutic în cadrul grupului cu toxicomani (factori curativi și dinamică)**

Ultimele decenii reflectă preocuparea considerării și determinării forțelor, a factorilor care există în terapia de grup. Terapia psihologică este un proces și un eveniment care stă sub incidența multor factori diferiți.

Pornind de la perspectiva lui Kohut (1984) asupra „vindecării" sănătății psihologice în terapia individuală, se poate afirma că un sens clar al Sinelui se atinge atunci când membrii grupului trec peste diferențele lor individuale și învață modalități mai adaptative de rezolvare a conflictelor inter- și intrapersonale. Grupul intensifică acest proces, întrucât oferă fiecărui membru o sursă de sprijin, identificare și acceptare, precum și un set de valori pertinente și sănătoase care pot fi internalizate și integrate.

Pentru a înțelege cum se ajunge la vindecare / remediere în grupul de terapie, este necesară investigarea a două aspecte înrudite, dar distincte, privind forțele curative (terapeutice) ce operează în grup. Mai întâi, există factori terapeutici de identificare, care accelerează deplasarea persoanei de la un comportament patologic la sănătate psihologică. Există, de asemenea, un proces

terapeutic în grup, care determină trecerea individuală prin stadii progresive şi distincte de creştere în sensul „însănătoşirii". Yalom (1985) a realizat o cercetare extinsă în identificarea factorilor terapeutici în grup, iar Rutan şi Stone (1984) o analiză comprehensivă asupra acestor procese din cadrul grupului.

- **Factorii terapeutici ai lui Yalom**

Potrivit lui Yalom, vindecarea este un proces prin excelenţă complex, care „are loc prin influenţa reciprocă a diferitelor experienţe umane" (1985). Vindecarea nu are loc fără o schimbare a membrilor grupului. Pentru a determina o astfel de schimbare, terapeutul grupului trebuie să dezvolte strategii şi tactici care vor amplifica procesul terapeutic.

În cercetarea sa, Yalom a cerut membrilor grupului şi terapeuţilor să identifice calităţi considerate de ei utile în grup. Deşi Yalom consideră procesul terapeutic în grup ca unul extrem de complicat şi că persoane diferite reacţionează diferenţiat la influenţele grupului, totuşi el a fost preocupat de identificarea şi categorizarea / clasificarea factorilor terapeutici. A rezultat, astfel, un set de 12 astfel de factori:

1. altruismul;
2. catharsis-ul;
3. factorii existenţiali (individul învaţă că există limite în lume şi că este el însuşi responsabil de propria viaţă);
4. coeziunea grupului;
5. orientarea (sfătuirea, împărtăşirea informaţiilor);
6. inocularea speranţei;
7. identificarea;
8. input-ul interpersonal (se observă cum o persoană relaţionează cu ceilalţi şi invers şi se lucrează în direcţia obţinerii unor relaţii interpersonale mai satisfăcătoare);
9. output-ul (pacienţii dobândesc o perspectivă mai obiectivă asupra conduitei interpersonale);
10. insight-ul (pacienţii dobândesc o perspectivă mai obiectivă asupra conduitei interpersonale);
11. reconsiderarea familiei primare (problemele nerezolvate legate de familie sunt reluate şi soluţionate);
12. universalitatea (sentimentul că un individ nu este atât de diferit de ceilalţi).

Pentru a înţelege implicaţiile acestor factori în terapia alcoolicilor şi a dependenţilor de droguri, fiecare dintre factorii mai sus menţionaţi va fi analizat în relaţie cu circumstanţele speciale create în contextul „tratamentului" unui pacient dependent în cadrul unui grup de terapie.

1. **Altruismul**

Deşi comportamentul alcoolicilor nu o demonstrează, totuşi aceştia nu agreează conflictele interpersonale, chiar dacă nu le pot soluţiona.

Ei sunt suportivi emoţional unul pentru altul în grup. Terapeutul va descoperi că alcoolicii se descurcă mai bine în interacţiuni caracterizate de complementaritate, mai degrabă decât în cele competitive. Aceşti pacienţi sunt totodată atenţi, precauţi şi, în general, experimentează profund resposabilitatea faţă de alţii, trăsături ce pot constitui un bun de netăgăduit al terapiei.

2. **Catharsis-ul**

Contrar convingerii uzuale, alcoolicii şi dependenţii de droguri nu-şi exprimă emoţiile într-un mod reuşit. De regulă, ei sunt incapabili să moduleze această exprimare pe propriile sentimente şi aceasta pentru că dependenţii de alcool au frecventat modele insuficiente şi inadecvate pentru manifestarea adecvată a stărilor emoţionale. Alcoolicii şi dependenţii de droguri îşi menţin sentimentele neplăcute în afara conştiinţei.

Terapeuţii ar trebui să monitorizeze constant grupul şi să-l dirijeze pe o cale mediană între o exprimare emoţională săracă şi una foarte bogată. Este importantă minimalizarea negării şi încurajarea creşterii conştiinţei de sine, ca şi asocierea între anxietăţi la un nivel minimal (Wallace, 1978).

3. **Factorii existenţiali**

„Aşa cum pacienţii îşi înfruntă propriile limite şi măşti simbolice, tot astfel ei sunt capabili adesea să facă schimbări majore, radicale, în perspectiva lor asupra existenţei" (Brown şi Yalom, 1977).

Teme ca suicidul şi tragicul vieţii sunt mult mai însemnate în grupurile de alcoolici decât în cele de nonalcoolici. Terapeutul nu trebuie să întreţină spaimele/temerile pacienţilor săi, dar trebuie să-i conducă frecvent şi gentil înspre experienţa lor trecută.

4. **Coeziunea grupului**

După cum remarcau Brown şi Yalom (1977), coeziunea nu este în sine un factor terapeutic, dar constituie în schimb o precondiţie pentru eficienţa terapiei. Astfel, într-un grup pacienţii sunt uniţi de dependenţa comună de alcool, înainte ca alte surse ale coeziunii să se dezvolte. Suportul şi întărirea oferite de grup pot servi ca stimulent puternic pentru obiectivele propuse, iar schimbările inter- şi intrapersonale pot fi facilitate de o atmosferă suportivă, protectivă.

5. **Împărtăşirea informaţiilor**

Împărtăşirea informaţiilor nu este în general evaluată ca modalitate terapeutică în majoritatea grupurilor de terapie (Yalom, 1985). Cu toate acestea, situaţia stă probabil invers în tratamentul alcoolismului.

Conceptul bolii, toleranța, complicațiile psihologice și adicția sunt aspecte simple, dar cruciale, de care orice alcoolic trebuie să fie conștient. Alcoolicii care ajung să perceapă dependența lor de alcool ca pe o disfuncție psihologică complicată de diverși factori psihologici, sociologici și culturali demonstrează cele mai bune schimbări în recuperarea lor (Wallace, 1978).

6. Inocularea speranței

Membrii grupului remarcă adesea la sfârșitul terapiei ce important a fost pentru ei să urmărească „creșterea" celorlalți (Yalom, 1985). Terapeutul poate valorifica acest factor prin focalizarea atenției asupra progresului demonstrat de membrii grupului. De asemenea, fiind cunoscute dependența și pasivitatea caracteristice pacienților alcoolici, este necesar ca terapeutul să fie mai directiv.

7, 8, 9. Identificarea, input-ul și output-ul interpersonal

În interacțiunea cu terapeuții și cu grupurile, alcoolicul va învăța pentru prima oară cum să relaționeze cu ceilalți într-o manieră pertinentă, caracteristică unei persoane treze. De regulă, socializarea din trecut a suportat influența consumului de alcool. Grupul poate reprezenta prima oportunitate pentru un feed-back interpersonal autentic. Sentimentul alcoolicilor de separare și izolare trebuie înlocuit cu cel de apartenență, de armonizare cu ceea ce se întâmplă în jurul său.

10. Autoperceperea (insight-ul)

E văzută de Yalom (1975) ca „descoperirea și acceptarea anterioară a părților necunoscute și inacceptate ale Eu-lui". Referitor la grup, aceasta se referă la descoperirea de către membrii grupului a unor aspecte pozitive, necunoscute și neidentificate ale Sinelui lor. Terapia de grup în cazul alcoolicilor și dependenților de droguri trebuie să meargă pe acest principiu, știute fiind sentimentele lor puternice de rușine, jenă, autodisprețuire. Adicția revendică terapiei de grup creșterea autocunoașterii și acceptării și reducerea sentimentelor de autodispreț, blamare. După Kurtz, pentru ca (toxicomanii) să scape de aceste sentimente, nu este suficient să vorbească despre ele, ci să le identifice în alții și să-i ajute, principiu identificat de Searles (1973) sub denumirea de „simbioză terapeutică". Deși acesta făcea referire la terapeut, principiul poate fi extins și la nivelul membrilor grupului.

11. Reconsiderarea familiei

Reluarea experienței primare a familiei nu este cotată ca valoroasă de către membrii grupului. Autorul (Flores) se raliază opiniei lui Yalom, conform căreia această problemă deține importanță în grup, mai ales în cazul dependenților. Unul dintre cei mai buni predictori ai alcoolismului este mediul de proveniență familial. 40% dintre alcoolici provin dintr-o familie dezorganizată, iar 40% au cel puțin un părinte consumator de alcool (Ray, 1972).

Yalom afirmă că, în pofida influenței experiențelor în familie, este neproductivă focalizarea explicită pe acest subiect.

A vorbi despre părinți în trecut poate deveni un obstacol în explorarea sentimentelor și în eforturile actuale în abstinența față de alcool și droguri. De asemenea, centrarea pe experiențele și influențele părinților conduce adesea la o discuție care doar alimentează și întreține sistemul defensiv al pacienților, împiedicând lucrul constructiv în grup.

12. Universalitatea

Conceptul de universalitate este mai curativ pentru alcoolici decât pentru non-alcoolici. Brown și Yalom (1977) au descoperit că alcoolicii în general au dificultăți în distincția dintre gândire și acțiune; mulți vor răspunde fanteziilor cu aceeași vină și teamă care însoțesc comportamentul lor actual. Rolul pe care universalitatea îl joacă este mare: reduce gândurile alcoolicilor centrate pe faptul că ei sunt unici în nenorocirea și mizeria lor. Acest semn al unicității este întreținut la alcoolici de izolarea lor socială și de sentimentele de vinovăție asociate cu propensiunea de a consuma alcool. Astfel, constituie un important factor curativ în terapia alcoolicilor într-o fază timpurie. Înțelegerea faptului că și ceilalți împărtășesc preocupări și experiențe similare stimulează reconsiderarea, „iertarea" și acceptarea Sinelui.

- **Mecanismele schimbării și „vindecării" în terapia de grup**

Formarea capacității membrilor grupului de a se angaja în relații interpersonale sănătoase este importantă din cel puțin două motive. Mai întâi, teoreticieni ca Rogers, Kohut subliniază că deținerea acestui potențial constituie un factor curativ puternic. În al doilea rând, oamenii relaționează și îi tratează pe ceilalți analog modului în care se raportează la ei înșiși. Schimburile externe sunt, de regulă, oglinda realității interne a persoanei. Există o varietate de „ferestre" spre lumea inconștientă: transferul, asociațiile libere, body language, tipul caracterului, Sinele, pulsiunile și rezistențele. Rutan și Stone subliniază importanța terapiei de grup, în care „prezența unei rețele de relații umane, față de singura relație cu analistul, sporește oportunitățile pentru multiple experiențe apte să producă schimbarea" (1984). Autorii menționați identifică **trei mecanisme ale schimbării** revendicate de terapia în grup. Acestea sunt:

1. Imitația

În grup, învățarea inițială este imitativă, indivizii având oportunitatea să observe multe interacțiuni, stiluri de relaționare și tehnici de rezolvare a problemelor. Imitația rămâne una dintre modalitățile prin care fiecare membru al grupului dobândește noi opțiuni comportamentale pe parcursul tratamentului său.

2. Identificarea

Într-o accepțiune clasică, aceasta poate fi definită ca un proces inconștient, prin care indivizii intră în emulație sau imită persoanele pe care le admiră, le respectă sau cu care vor să semene. Conștient, identificarea poate fi exprimată ca sentiment de atracție, de apartenență sau atașament față de grup, background al coeziunii grupului și, implicit, o bază pentru schimbarea de durată.

3. Internalizarea

Semnalul unei deplasări autentice înspre sănătatea psihologică o reprezintă internalizarea normelor și comportamentului membrilor grupului. Internalizarea provoacă o flexibilitate accentuată atât în gestionarea stărilor interne, cât și a celor interactive. Terapeutul poate facilita o internalitate adecvată prin examinări și reexaminări detaliate ale interacțiunilor încărcate emoțional. Prin identificare, clarificare și interpretare, indivizii integrează și transformă cunoștințele dobândite în tranzacțiile de tip interpersonal în propriile resurse și convingeri.

Rutan și Stone consideră că **mecanismele schimbării sunt valorificate optim într-un proces terapeutic** care reclamă confruntare, clarificare, interpretare și experimentare aici și acum. Fiecare dintre acești **factori constituie specificul stadiilor unui proces terapeutic.**

a. Confruntarea

În tratamentul pacienților dependenți, aceasta este esențială în faza inițială. Nu convingerile inconștiente ale alcoolicilor sau toxicomanilor trebuie să fie în centrul atenției, ci aspectele externe ale comportamentului lor. Întrucât negarea lor este atât de puternică și mecanismele defensive foarte rigide, aceștia au nevoie de o relație strânsă și suportivă cu terapeutul, care va diminua anxietatea și furia lor, în timp ce sublimează, într-o manieră nonpunitivă, pattern-ul distructiv al comportamentului lor. O confruntare de succes reclamă: a) programare (timing); b) capacitatea de a forma o alianță; c) empatie. În cazul în care acestea nu sunt dezvoltate, membrii grupului vor răspunde defensiv sau ofensiv, datorită propriilor temeri, sau vor renunța la tratament.

b. Clarificarea

Clarificarea vine ca o urmare a interacțiunilor și confruntărilor și îl ajută pe membrul grupului să observe pattern-urile în propriul comportament. Aceasta este o fază de mijloc a procesului în terapia de grup. Fiecare configurație comportamentală a membrilor grupului este determinată și adusă în atenția întregului grup.

c. Interpretarea

Încercarea de a aduce materialul reprimat, inconștient al membrului grupului în zona conștientului, prin înțelegerea motivelor și conflictelor ascunse, presupune anumite comportamente emoționale și cognitive.

d. Experimentarea „aici şi acum"

În fazele anterioare, pacienții devin conștienți de pattern-ul lor, de conflictele inconștiente, dar singuri sunt incapabili să producă schimbări profunde și de durată. În working through, accentul cade pe dezvoltarea capacității pacientului de a se autoexamina și de a înțelege zonele proprii de conflict și de vulnerabilitate. Dezvoltându-și capacitatea de a interpreta propriul comportament, ei vor pune în funcțiune un sistem defensiv mai variat și mai flexibil.

Experimentarea „aici şi acum" ocupă cea mai mare parte a demersului terapeutic în grup. Confruntarea, clarificarea și interpretarea ajută membrii grupului să-și gestioneze diverse conflicte, rezistențe, pattern-uri repetitive. În cazul pacienților defensivi, terapeutul trebuie să stabilească un set de sarcini care să întrețină abstinența lor. Astfel, primul obiectiv va fi să determine membrii grupului să oprească utilizarea substanțelor chimice, prin coerciție, confruntare, încurajare sau atracție. Ulterior, terapeutul dirijează fiecare pacient spre o experiență emoțională corespunzătoare. În acest punct al tratamentului, scopul nu este insight-ul – a transforma inconștientul în conștient, ci facilitarea eliberării unor experiențe trecute, într-un mod constructiv și securizant. Acestea vor fi retrăite într-o manieră mai matură, care reduce depresia și suferința, crește respectul de sine, pacienții dezvoltându-și capacitatea de a lua mai multe decizii independent și de a face alegeri sănătoase.

- **Stadiile vindecării în terapia de grup (Ph. Flores, 1997)**

Vindecarea în terapia de grup presupune monitorizarea atentă de către terapeut a comportamentului specific stadiului. Cunoașterea procesului terapeutic și a dinamicii grupului este garanția depășirii cu succes a dificultăților cu care grupul se confruntă în diferite stadii. În cele ce urmează, prezentăm cele **şase faze ale dezvoltării grupului**:

1. Dependența

Securizarea și încrederea sunt cruciale pentru această fază.

Subfazele dependenței pot fi exprimate astfel:

a) Fiecare membru intră în grup cu fantezii de vindecare.
b) Fuga de intimitate și accentul pe „hic et nunc".
c) Discuția paralelă este pronunțată.
d) Dezvoltarea pseudo-coeziunii.

2. Contradependența

Subfaze:

a) Dominarea rebeliunii / răzvrătirii.
b) Sindromul țapului ispășitor.
c) Intimitatea este evitată prin combativitate.

3. **Rezolvarea puterii / Autoritatea**

a) Alcătuirea perechilor şi fuzionarea sunt pronunţate.

b) Dezamăgirea şi deziluzia.

c) Grupul şi terapeutul dezvoltă o relaţie inconştientă.

4. **Stadiul coeziunii reale**

Dezvoltarea unei intimităţi mai profunde după rezolvarea (furiei) supărării şi a dezamăgirii.

5. **Interdependenţa**

a) Validarea consensuală a ambiguităţii.

b) Maturitatea grupului şi intimitate autentică.

6. **Încheierea**

7. **Separarea**

Efectele majore ale tratamentului în grup sunt:

1. Rezistenţa şi transferul sunt înţelese şi soluţionate. Astfel, este mai puţin probabil ca indivizii să reacţioneze la autoritate şi intimitate. Ei nu doar că înţeleg sursele rezistenţelor lor, ci îşi şi doresc să le depăşească.

2. Defensele sunt părăsite şi indivizii devin mai flexibili în răspuns faţă de alţii, trecând de la un nivel defensiv primitiv (negarea) la un nivel mai avansat (sublimarea).

3. Impulsurile sunt sublimate, iar toleranţa la frustrare stabilizată. Se atenuează omnipotenţa şi se dobândeşte capacitatea recunoaşterii limitelor.

4. Eul observator este asociat cu capacitatea de insight, sinceritate şi reflecţie. Indivizii sunt mai puţin orientaţi de impulsuri şi dobândesc abilitatea de a amâna exprimarea sentimentelor, utilizându-le în schimb ca semnale.

5. Identitatea este conturată cu un semn mai clar al Sinelui ca agent responsabil, în contextul dobândirii autonomiei.

6. Structura psihică se conturează şi are loc integrarea Sinelui. Apare o capacitate mai pronunţată pentru încredere, separare, individualizare, vină / ruşine adecvate, asertivitate şi sexualitate. Cresc abilităţile de gratificare, distracţie, relaxare, plăcere şi joc.

7. Se dobândeşte capacitatea de a stabili relaţii apropiate cu alţii, pe fondul reducerii narcisismului şi a egocentrismului şi al intensificării raportării empatice faţă de alţii.

8. Indivizii devin mai puţin preocupaţi de dorinţe şi fantezii neobişnuite şi nerealiste.

9. Creşte capacitatea pentru plăcere, acceptanţă şi toleranţă faţă de ambivalenţă, precum şi accesul la toate stările afective (furie, bucurie, tristeţe, supărare etc.).

- **Toxicodependenţa şi obiectivele încheierii travaliului terapeutic**

În afara efectelor mai sus menţionate, există şi alte elemente esenţiale care sunt specifice toxicodependenţei:

1. Recunoaşterea şi acceptarea limitelor

Prima limită a alcoolicilor şi dependenţilor este recunoaşterea faptului că nu pot utiliza droguri. Ei trebuie să accepte incapacitatea de a-i controla pe ceilalţi şi propriile emoţii, ca şi adevărul dureros că viaţa are limitele sale. Totodată trebuie să realizeze că funcţiile umane, ca toate lucrurile în care investesc iubire, se vor schimba, vor îmbătrâni sau vor dispărea. În final, vor realiza că nu pot scăpa de consecinţele propriilor acţiuni.

2. Acceptarea sprijinului (nevoia de ceilalţi)

Alcoolicii şi dependenţii de droguri trebuie să admită că nu reuşesc singuri. Important este să recunoască şi să permită faptul că ei au nevoie de alţii şi nu alţii de ei.

3. Asumarea responsabilităţii pentru eşecuri

Alcoolicii şi dependenţii îşi dezvoltă capacitatea de a accepta propriile greşeli, deficienţe şi imperfecţiuni. Ei renunţă la defensele narcisiste prin care îşi protejează ruşinea, acceptându-şi eşecurile.

4. Autenticitatea

Devin persoane complete, autentice, care demonstrează o mai mare capacitate de înţelegere cu ceilalţi, bazată pe adevăr şi sinceritate reciprocă. Ei învaţă să trăiască în prezent şi să valorizeze acţiunile lor mai mult decât cuvintele şi promisiunile.

- **Transferul în grup**

Conceptul de „transfer", una dintre descoperirile importante ale lui Freud, ocupă un loc central în psihoterapie. Transferul nu are loc doar la nivelul terapeutului, ci se manifestă şi la nivelul grupului ca întreg sau al membrilor săi. Yalom subliniază şase principii ale transferului:

1. transferul are loc în terapia de grup şi influenţează decisiv dezbaterea grupului;

2. fără examinarea transferului şi a manifestărilor sale, terapeutul nu va fi adesea capabil să înţeleagă procesualitatea grupului;

3. terapeutul care ignoră problematica transferului poate percepe eronat unele tranzacţii şi să încurce mai degrabă pacienţii, decât să-i orienteze;

4. există pacienţi a căror terapie atârnă de rezolvarea deformărilor transferului; există alţii al căror progres depinde de o învăţare interpersonală în

interacțiunea nu cu terapeutul, ci cu alți membrii sub aspectul competiției, conflictelor intime și sexuale; alți pacienți aleg căi terapeutice alternative în grup și beneficiază de pe urma altor factori terapeutici;

5. atitudinile față de terapeut nu se bazează în totalitate pe transfer, ci și pe realitate sau pe alți factori;

6. fiind flexibil, terapeutul poate utiliza pozitiv atitudini iraționale față de el, fără a neglija celelalte funcții ale sale în grup.

Aceste principii, respectate, vor face ca membrii grupului să constate cum astfel de distorsiuni sunt determinate de propriile experiențe limitate din copilărie și să înțeleagă că investirea celorlalți cu atribute pe care de fapt nu le posedă este rezultatul structurii deformate a personalității lor.

Transfer și contratransfer: definire

În delimitarea conceptuală a transferului esențiale sunt două caracteristici:

1. o repetiție, o reluare a trecutului;
2. o deconectare de la prezent.

Observarea atentă a interacțiunilor din grup devine un mijloc de a înțelege modul în care trecutul, istoria pacienților renasc aici și acum prin reacțiile de transfer și cum sabotează acestea relațiile prezente ale pacienților. După cum se știe, transferul are loc și la nivelul terapeutului; în acest sens, conceptul de „contratransfer" a fost mai întâi utilizat pentru a diferenția transferul terapeutului de cel al pacientului. Viziunea asupra contratransferului a suferit schimbări radicale în ultima perioadă. Inițial, această viziune era limitată și se referea în general la ceea ce terapeutul evită și la reacțiile sale la transferul pacienților. Mulți dintre analiștii clasici considerau contratransferul produs al unor conflicte nerezolvate sau insuficient analizate ale terapeutului. Recent, semnificativ este faptul că astfel de reacții de contratransfer nu numai că nu pot fi evitate, ci chiar nu trebuie evitate, fiind o sursă bogată de informații utile și pertinente dacă terapeutul le înțelege și le utilizează corect.

Posibilități de transfer în grup

Fenomenul transferului apare în orice formă de psihoterapie, dar grupul amplifică posibilitățile apariției sale. Pe lângă faptul că fiecare membru manifestă separat reacții transferențiale particulare, există trei tipuri distincte de transfer, inerent experienței oricărui grup (Ph. Flores, 1997, p. 508):

1. Transferul terapeutului – transfer pe verticală;
2. Transferul egalilor – transferul pe orizontală;
3. Transferul grupului ca întreg – transfer simbolic (mama simbolică).

1. Se referă, de obicei, la perturbările libidinale legate de probleme oedipiene nerezolvate. Frecvent, conflictele de putere, dependență reușită și autoritate se vor manifesta pe acest ax vertical, mai pregnant în terapia individuală. În funcție de experiențele lor individuale timpurii, membrii grupului își percep terapeutul ca distant și rece sau, dimpotrivă, cald și suportiv. Prin urmare, unii vor fi dependenți de terapeut și receptivi la acesta, în timp ce alții manifestă independență și provoacă terapeutul.

2. Implică aspecte competiționale legate de invidie, gelozie și cooperare; membrii grupului reaprind adesea problemele concurențiale. Ceilalți membrii ai grupului le amintesc adesea de frații, de surorile, de soții, soțiile sau iubiții lor. Uneori, membrii grupului pot evoca distorsiuni transferențiale parentale. Conclusiv, grupul oferă o sursă diversificată a stimulilor de transfer.

3. Grupul, ca o mamă simbolică, ajută cert demersul terapeutic, o parte însemnată a eficacității terapeutice bazându-se pe transferul maternal preoedipian. Dacă grupul este, simbolic, o mamă rea, va stârni furie și supărare. Puțini alcoolici și dependenți pot tolera astfel de trăiri și vor găsi grupul înspăimântător. Securizarea, toleranța și acceptarea benevolă a grupului cresc prin experiența disoluției simbiozei mamă-copil și a renașterii. O mamă simbolică bună va servi ca „recipient" pentru anxietatea membrilor grupului și va permite crearea unui mediu în care distorsiunile transferențiale pot fi exprimate și modificate.

Modificarea distorsiunilor transferului în grup

Odată ce s-a instituit un climat terapeutic benefic, terapeutul poate orienta energia membrilor grupului înspre expunerea și modificarea distorsiunilor transferențiale. În această direcție, terapeutul are la dispoziția sa trei mijloace esențiale:

1. Interpretarea;
2. Validarea consensuală;
3. Transparența.

1. Interpretarea este definită de autor (Flores) ca o declarație pe care o face terapeutul, referindu-se la ceva spus sau făcut de pacienți și într-un mod prin care aceștia să identifice trăsături ale comportamentului lor parțial conștient. Cerințele care se impun aici sunt: acuratețea interpretării, oportunitatea momentului în care este făcută, maniera în care este expusă (evitarea unui mod ofensiv, prematur sau deranjant).

2. Distorsiunile transferențiale sunt în parte remediate atunci când membrii grupului compară propriile percepții cu cele ale celorlalți din grup. Acest mijloc își dovedește utilitatea mai ales pentru alcoolici și dependenții de droguri, în cazul cărora interpretarea nu funcționează optim, fiind o accentuare a defenselor. Acordul consensual al restului grupului este necesar pentru a invalida

distorsiunile individuale înainte ca individul să-i considere pe ceilalți motivul dificultăților sale. O asemenea validare necesară de la egali are un impact mai mare decât cea venită de la terapeutul grupului.

3. Distorsiunile de transfer pot fi, de asemenea, corectate dacă terapeuții sunt mai transparenți, fără ca această transparență să fie utilizată de terapeut ca o scuză pentru dominarea grupului sau folosirea lui în satisfacerea propriilor nevoi. El nu trebuie să intre în competiție cu pacienții pentru dominare, arătându-și superioritatea, ci să folosească transparența în direcția exercitării influenței terapeutice.

Tipuri de transfer în grup

Transferul apare în grup îmbrăcând diverse forme. Terapeutul se poate confrunta cu trei tipuri comune de transfer în terapia de grup:

1. Transferul de înlocuire;
2. Transferul exprimat prin gesturi (mimică);
3. Compulsia repetării.

1. Pare a fi destul de frecvent în terapia de grup. Membrii grupului își folosesc propria istorie pentru a-și substitui rezistențele. De exemplu, un membru al grupului poate spune că este foarte supărat pe tatăl său, când, de fapt, el este foarte supărat pe terapeut. De asemenea, pacienții pot atribui reacțiile lor transferențiale altora, decât să le prezinte direct terapeutului.

2. Adesea, conceptul a fost reducționist, pentru a descrie câmpul agresiv, antisocial, și nu ca un fenomen de transfer. Mai degrabă decât să-și exprime sentimentele, indivizii le „descarcă" direct, fără a utiliza sublimarea. Dacă sunt supărați, de pildă, ei vor lipsi la o ședință sau vor țipa la terapeut.

Gestica este chiar o formă de comunicare și cu semnificație transferențială, deși era considerată de unii ca formă de rezistență. Ea implică nu doar act comportamental, ci și gândire, procesare de informații. Pacienții își pot trata terapeutul cu afecțiune, pentru că aceștia își doresc ceva de la el, sau pot fi agresivi cu terapeutul, datorită temerii lor ca acesta să nu „atace" primul.

3. Există o tendință generală în comportamentul uman de a repeta experiențele dureroase și de a reveni, de a relua o experiență incompletă sau nefinalizată. În experiența adultă, se presupune că motivația actului repetiției stă în speranța rezolvării de către individ a traumei originale.

Există mulți copii care, crescând cu părinți alcoolici, sfidează logica și continuă ca adulți să se căsătorească cu sau să-și aleagă parteneri alcoolici, simțindu-se, la nivel emoțional, responsabili pentru haosul din familie.

Întrucât compulsia repetitivă se manifestă „aici și acum" în interacțiunea grupului, terapeutului îi rămâne să observe atent contactele în

grup, pentru a descifra istoria individuală a fiecărui membru. Trebuie în continuare să evidenţieze distorsiunile fiecăruia aşa cum au loc în prezent şi să-i determine pe pacienţi să examineze atent modurile prin care ei continuă să readucă trecutul, prin repetare, în prezent.

- **Câteva consideraţii despre contratransfer şi adicţie**

1. Contratransferul obiectiv şi contratransferul subiectiv

În încercarea de a delimita identificarea proiectivă de transfer şi contratransfer, autori ca Louis Ormont disting mai întâi între contratransferul subiectiv şi cel obiectiv. Primul se referă la reacţia subiectivă a terapeutului, legată de trecutul său, de idiosincraziile personale, reactualizate de transferul unui pacient sau al grupului. Contratransferul subiectiv poate apărea sub trei forme:

a) pozitiv – terapeutul manifestă prea multă afecţiune, protecţie şi receptivitate faţă de pacient, ceea ce poate atrage rivalitate, competiţie şi invidie în grup;
b) negativ – terapeutul manifestă ură, resentimente faţă de pacient, conducând la confruntare excesivă, nereceptivitate, ignoranţă;
c) narcisist – pacientul va fi folosit recompensarea, satisfacerea financiară sau personală, a terapeutului; acesta percepe grupul ca mijloc prin care obţine admiraţie şi confirmare.

<u>Contratransferul obiectiv</u> se referă la sentimentele şi gândurile pe care pacientul la induce terapeutului. De asemenea, obiectivitatea contratransferului se referă şi la faptul că aceste sentimente şi gânduri pot fi induse în majoritatea oamenilor.

Două categorii mari se diferenţiază şi în cadrul contratransferului obiectiv. Prima categorie implică sentimentele, gândurile şi acţiunile terapeutului evocate ca rezultat al transferului pacientului, în timp ce a doua categorie cuprinde propriile sentimente şi gânduri ale terapeutului ce reflectă abilitatea sa de a se contamina cu sentimente pe care pacientul le experimentează la un moment dat.

2. Contratransferul şi adicţia

Contratransferul reţine în mod deosebit atenţia în lucrul cu alcoolicii şi dependenţii de droguri, date fiind ostilitatea, furia şi neîncrederea puternice pe care aceşti pacienţi le provoacă de obicei în ceilalţi.

Imhof, Hirsch şi Terenzi (1984, apud. Flores, p. 532) listează şase reacţii frecvente de contratransfer stimulate de pacienţii alcoolici şi dependenţii de droguri:

a) Terapeuţii îşi pot asuma rolul părintelui bun, care salvează copilul impulsiv, manifestându-se supraimplicat, protector, maternal, permisiv şi excesiv de grijuliu, sperând că „iubirea" şi „bunătatea" lor vor vindeca pacienţii de consumul de alcool şi droguri;

b) Medicii pot contribui la dependenţa pacienţilor prin prescrierea exagerată a unor medicamente. Sentimentul zădărniciei la dependenţi poate provoca în doctor nevoia contratransferenţială de a face ceva pentru pacient. Să nu răspundă concret pentru a ajuta pacientul imediat poate fi corelat cu nevoia medicului de a fi valorizat ca o persoană care aduce alinare suferinţei celuilalt. Un asemenea contratransfer poate să apară la prescrierea medicamentelor, chiar când medicul presupune că tratamentul nu este chiar cel mai bun pentru pacient;

c) Terapeuţii pot fi atraşi de recuperarea rapidă şi remarcabilă a pacienţilor, având credinţa că vindecarea spectaculoasă a avut loc datorită eficienţei deprinderilor lor terapeutice. Ei pot ajunge să considere pacientul suficient de pregătit pentru a încerca să-şi controleze consumul. Recăderea inevitabilă îl determină pe terapeut să se simtă înşelat, refractar, furios sau ineficient;

d) Terapeutul poate stabili cu pacientul o alianţă fundamentală pe ideea „tu şi eu împotriva lumii". Terapeuţii care se luptă cu propriile conflicte inconştiente, nerezolvate, se pot identifica uşor cu pacienţii. Ei pot manifesta atitudinea: „numai eu te înţeleg cu adevărat";

e) Terapeuţii pot dezvolta ceea ce se numeşte sindromul „burn out"; ei devin intransigenţi şi indiferenţi faţă de pacienţi. Terapeutul angajează diferite mecanisme defensive, dintre care retragerea, detaşarea narcisistă, plictiseala şi furia sunt cele mai frecvente;

f) Etichetarea stereotipă de către terapeut a pacienţilor poate conduce la o atitudine de genul: pacienţii săi nu sunt altceva decât „drogaţi", „beţivi" sau „dependenţi", care nu se vor schimba niciodată.

Autorii mai sus menţionaţi fac cinci recomandări terapeuţilor de grup, de respectarea cărora depinde diminuarea probabilităţii de a se confrunta cu contratransferul.

a) Există tendinţa de a utiliza în terapia alcoolicilor şi dependenţilor de droguri a unui tip anume de tratament, pe care terapeuţii înşişi şi l-au experimentat: „ce a mers la mine va merge şi în cazul tău". Este important să realizeze că nimic nu poate substitui deprinderile clinice solide, riguroase, chiar dacă terapeutul a trecut sau nu prin problema adicţiei.

b) Terapia personală a unui terapeut va ridica nivelul calitativ al terapiei. Terapeutul care ştie din proprie experienţă „cum este", va fi mai sensibil la problemele ce au loc în grup.

c) Supervizarea clinică, în special în câmpul abuzului de alcool şi droguri, este esenţială în reuşita soluţionării de către terapeut a contratransferului.

d) Este evidentă necesitatea instruirii continue în direcţia înţelegerii influenţelor multifactoriale ale dependenţei de alcool sau droguri.

e) De asemenea, este imperios necesară o evaluare constantă a propriilor valori şi atitudini faţă de consumatorii de droguri, concomitent cu monitorizarea atitudinii faţă de consumul personal de alcool şi droguri. Terapeuţii care consumă pentru „distracţie" marijuana sau cocaină nu sunt corespunzători pentru tratarea unei persoane dependente. Şi sub aspect etic, moral (drogurile amintite fiind ilegale) vor exista influenţe asupra terapiei. În cealaltă extremă, terapeuţii care, din considerente religioase, percep consumul de droguri şi de alcool ca pe o problemă morală trebuie să-şi analizeze interesul în activitatea cu astfel de pacienţi.

Dacă terapeuţii se autodisciplinează, respectând aceste principii în demersul terapeutic cu pacienţii dependenţi, şansele de reuşită ale terapiei cresc considerabil.

- **Rezistenţa în grup**

Incontestabil, una dintre cele mai complexe probleme tehnice cu care se confruntă terapeutul în grup este recunoaşterea şi soluţionarea rezistenţei grupului. Terapeuţii nu trebuie să se preocupe doar de rezistenţele individuale ale membrilor grupului, ci şi de identificarea fenomenului rezistenţei unificate a grupului, şi să le rezolve simultan. Dacă nu dezvoltă strategii eficiente de rezolvare, grupul rămâne într-un impas nedefinit, se segmentează sau se dizolvă total. Succesul sau eşecul terapiei sunt determinate într-un grad mare de modul în care rezistenţa grupului este rezolvată de terapeut.

Este necesară, în acest sens, respectarea a două principii legate de rezistenţa grupului înainte ca pacienţii să formeze un grup de lucru autentic. Primul principiu constă în recunoaşterea rezistenţelor atunci când acestea se manifestă. Terapeutul trebuie să înţeleagă diferitele forme de rezistenţă care au loc în grup şi cum influenţează durata, intensitatea şi rezolvarea lor. Fiecare membru trebuie ajutat să înţeleagă semnificaţia rezistenţei în termenii propriei experienţe de viaţă. Al doilea principiu constă în înţelegerea de către terapeuţi a rolului pe care îl joacă în stabilirea şi menţinerea rezistenţei în grup. Rezistenţa înseamnă întotdeauna un produs al interacţiunii între pacienţi şi terapeut. În grup,

rezistența poate fi indusă de terapeuți pasivi, ostili, ineficienți. Dacă terapeutul nu instituie o atmosferă coezivă și securizantă pentru membrii grupului, rezistența va fi provocată de teama inerentă a grupului față de securitatea membrilor săi. Orice abordare și tehnică a terapiei de grup, aplicată fără evaluarea atentă a principiilor amintite, riscă să împiedice reușita terapeutică.

Rezistența: delimitare terminologică

Din varietatea definițiilor date „rezistenței", autorul (Flores, 1997, p. 538) selectează două considerate esențiale:

1. Rezistența este o formă care împiedică eliberarea conținutului inconștient. Aceasta reflectă o definiție clasică, psihodinamică a rezistenței. Adepții orientării psihodinamice definesc rezistența ca orice forță care se opune conștientizării, împiedicând indivizii să transmită liber terapeutului ceea ce simt și ceea ce gândesc. În acest fel, pacienții nu vor cunoaște motivele care îi determină să acționeze într-o manieră auto-defensivă.

2. Rezistența reprezintă evitarea sentimentelor și negarea emoțiilor. Definiția vizează tendința pacienților de a evita să comunice terapeutului conștientul emoțional semnificativ. Rezistența pacienților și conținutul verbalizat vor rămâne incongruente conținutului psihic, împiedicând astfel realizarea obiectivelor principale ale terapiei.

Rezistența poate lua varii forme în grupuri: tăcere, furie, intelectualizare excesivă, indiferență, bunăvoință și chiar plictiseală.

Cu toate acestea, defensele nu trebuie „dezbrăcate" foarte rapid, ci înlăturate treptat și atent, astfel încât individul să dezvolte gradual metode noi și mai sănătoase de a se proteja.

Tipuri de rezistență în grupuri

1. Rezistența la intimitate

Facilitarea intimității în grup nu este deloc o sarcină ușoară pentru terapeut. Membrii grupului trăiesc concomitent dorința de apropiere, dar și teamă, manifestând strategii proprii de „sabotare" a intimității. Astfel, alcoolicii și dependenții de droguri se tem că „deschiderea" lor față de ceilalți atrage respingerea, teamă care stă în spatele rezistenței lor.

Terapeutul ar trebui să permită rezistenței membrilor grupului să se manifeste înainte ca teama de intimitate să fie observată și rezolvată.

Louis Ormont (1988) listează patru temeri majore față de intimitate, cu care se pot confrunta membrii grupului:

1.1. Teama de impulsivitate;

1.2. Teama de fuziune;

1.3. Teama de abandon;
1.4. Teama de vulnerabilitate.

1.1. Membrii grupului, în special alcoolicii şi dependenţii, manifestă o teamă puternică faţă de propria lor impulsivitate. Dacă o simt şi o manifestă, ei se tem că vor pierde controlul, nu atât sub aspectul furiei sau ostilităţii, ci şi chiar al... celorlalţi. Mulţi bărbaţi şi multe femei se confruntă cu probleme legate de intimitate, întrucât nu ştiu cum să se apropie de oameni fără a da interacţiunii lor o conotaţie sexuală.

1.2. Multe persoane, preponderent cele care provin din familii cu părinţi autoritari, se caracterizează printr-o teamă puternică de fuziune; ei simt nevoia să rămână separaţi, pentru a nu se pierde în alţii.

1.3. Teama de abandon se manifestă cu precădere la cei care au fost părăsiţi anterior de o persoană iubită. Singură problemă cu intimitatea ca soluţie la izolarea lor este fuziunea cu obiectul iubit. Iubirea, apropierea şi intimitatea îi fac pe indivizi pasibili de a pierde sau a fi respinşi de ceea ce iubesc. Cei care au experimentat deja abandonul manifestă reticenţă faţă de alegerea intimităţii drept cale spre fericire.

1.4. Este cea mai frecventă teamă faţă de intimitate. Membrii grupului se tem că, atunci când devin intimi cu alţii, ei pot fi apreciaţi ca inutili, nevaloroşi sau deficitari.

Fiecare membru al grupului posedă propria formă de teamă faţă de intimitate. În fazele iniţiale ale grupului, ei vor continua să manifeste temeri şi fantezii ale copilăriei faţă de intimitate. Treptat, ei trebuie să înveţe forme mai mature de intimitate. Grupul trebuie să ajungă la nivelul în care împărtăşesc o „intimitate comună", unde va fi permisă exprimarea şi manifestarea unei game largi de emoţii.

2. Rezistenţa la „hic et nunc"

Poate fi determinată de numeroase circumstanţe şi condiţii. După cum remarca şi Louis Ormont (1993), cea mai mare rezistenţă este faţă de aspectul „aici şi acum". Autorul sugerează că toate rezistenţele în comunicare au de a face cu transferul. Din perspectiva lui Ormont, există trei forme de rezistenţă care se manifestă în grup şi toate sunt legate de evitarea lui „aici şi acum".

2.1. Tendinţa membrilor grupului să vorbească la timpul trecut în loc de prezent;

2.2. Tendinţa membrilor grupului de a insista asupra viitorului;

2.3. Preferinţa membrilor grupului de a ocupa grupul cu aspecte legate de viaţa lor exterioară.

Ormont susţine că terapia de grup reuşeşte sau eşuează în funcţie de gradul în care terapeuţii menţin membrii grupului angajaţi (implicaţi) activ în comunicarea directă a lui „aici şi acum".

Adicția este adesea denumită ca boală a negării; nicio rezistență nu este mai primitivă și mai distructivă ca negarea. Dependenții nu neagă doar dependența lor, ci și nevoia de alții. Menținerea unei comunicări directe în sensul lui „aici și acum" va facilita manifestarea și conștientizarea unor sentimente reprimate.

3. Rezistența la sentimente

Grupul trebuie să fie un loc unde toate sentimentele, de la furie până la fericire, să poată fi exprimate. Este sarcina terapeutului să aducă în câmpul conștienței sentimentele inconștiente care conduc la rezistență, precum și modurile prin care ei blochează sau reprimă emoțiile. Deși pacienții fac acest lucru pentru a evita durerea sau neplăcerea emoțiilor, ei trebuie să înțeleagă că nu există niciun pericol în a simți și că multe din experiențele emoționale subiective împiedică abilitatea de a se manifesta intelectual și interpersonal adecvat. În această direcție, terapeutul trebuie să acceseze și să activeze sentimentele membrilor grupului. Sentimentele au o semnificație adaptativă și întotdeauna îndeplinesc și o funcție de rezolvare de probleme în cadrul schimburilor interpersonale.

O altă observație interesantă este aceea că, în pofida credinței populare, indivizii sănătoși mental sunt cei care își pot experimenta sentimentele negative (tristețea, furia, invidia, anxietatea). Mulți alcoolici și dependenți de droguri încearcă, în mod eronat, să atingă o stare ideală în care, cred ei, nu vor experimenta emoții negative. Ei trebuie încurajați să-și exprime toate sentimentele reprimate. Înțelegerea sentimentelor este esențială pentru soluționarea rezistențelor la exprimarea sentimentelor.

Rezistența în adicție

Legat de problematica și pornind de la contribuția lui M. Vanicelli, Ph. Flores (1997) punctează câteva considerații privind:

a) Rezistențele grupului;
b) Rezistențele indivizilor din grup;
c) Rezistența terapeutului.

a) Devine necesară distincția între rezistențele de grup și cele ale indivizilor, deși acest lucru este dificil, considerând faptul că adeseori acestea interacționează unele cu altele. Ceea ce pare a fi la un moment dat o rezistență individuală poate constitui o alegere a întregului grup. Grupul se poate retrage într-o stare de falsă coeziune, unde bunăvoința este necesară, iar diferențele nu sunt permise, membrii „devianți" fiind criticați că nu merg în direcția programului.

Cunoscând suprapunerile existente între cele trei categorii de rezistențe menționate, Vanicelli sugerează că ar fi utilă încadrarea rezistențelor grupului ca întreg în trei categorii:

i) Activități de distragere: grupul evită aspectele importante, centrându-se pe crizele exterioare, glumind sau angajându-se în interacțiuni șablon.
ii) Defensa prin evitare: grupul ignoră conținutul psihic dureros, acționând ca și cum nu ar ști ce se întâmplă, manifestând o atitudine empatică, tăcând, ignorând autodezvăluirile importante sau utilizând diverse alte forme de fugă.
iii) Înlocuirea/ deplasarea: grupul vorbește într-un mod eronat despre terapia de grup, de pildă, în timp ce vorbesc despre cât urăsc întâlnirile săptămânale la serviciu sau în particular.

b) Chiar și cel mai entuziast și mai motivat membru al grupului va manifesta rezistență. Dorințe inconștiente, temeri, fantezii, ambivalență, pattern-uri caracteriale determină individul să acționeze și chiar să gândească în moduri, adesea, autodistructive. Ele se produc în zona inconștientului și trebuie aduse în conștiința individului pentru ca acestuia să i se ofere șansa de a-și schimba aceste trăsături obișnuite. Cea mai eficientă modalitate de a permite rezistenței să se manifeste este să-l confrunți pe individ cu ceva care îl determină să reziste sau să atace. Aceasta constituie de fapt scopul contractului cu grupul, este un set de reguli de bază, de așteptări și acorduri de lucru, pe care te aștepți ca pacientul să le încalce, examinând motivele pentru care a făcut-o.

c) Multe dintre rezistențele terapeuților se datorează contratransferului, abordat detaliat în paginile anterioare. Ph. Flores subliniază necesitatea ca terapeutul să aplice contractul și să examineze activ problema absențelor, întârzierilor, plății onorariului, vorbirii insuficiente sau în exces și alte nenumărate reguli ce trebuie menținute în grup.

În cazul lucrului cu pacienții dependenți, eșecul susținerii că abstinența este cerința primară și majoră a tratamentului unei persoane alcoolice sau dependente de droguri constituie cea mai perturbatoare rezistență a terapeutului care lucrează cu această populație. Un terapeut care consideră abstinența doar o opțiune și nu o necesitate se angajează într-o rezistență chinuitoare și periculoasă.

Efectul terapeutului asupra rezistenței grupului

Importanța stilului de conducere și a personalității terapeutului este adesea ignorată în evaluarea rezistenței în grup. Pe lângă aspectele contratransferului terapeutului, există câteva trăsături specifice ale acestuia care cresc incontestabil rezistența în grup:

a) lipsa empatiei;
b) incapacitatea de a răspunde corespunzător și la momentul potrivit membrilor grupului;
c) interpretări premature și incorecte asupra membrilor grupului;
d) confruntare ostilă într-un moment inoportun cu grupul.

Pe de altă parte, există şi calităţi ale terapeutului care contribuie la minimizarea rezistenţei în grup (Ph. Flores, 1997, p. 565):

a) inteligent;
b) sincer şi incoruptibil;
c) puţin narcisist;
d) puţin paranoid.

Ultimele două trăsături sunt argumentate astfel: dacă terapeutul nu este puţin narcisist, el nu va deţine charisma şi energia necesare creării unui grup viu; dacă nu este puţin potrivnic, va fi cu uşurinţă înşelat şi trişat de membrii grupului.

Rezistenţa nu este niciodată rezolvată dacă este percepută ca patologică. Centrarea pe rezistenţă ca boală o transferă din tărâmul comunicării pe pacient. Terapeutul trebuie mai întâi să înţeleagă ce transmit pacienţii prin rezistenţa lor şi apoi să le explice acestora, într-un mod adecvat, inteligibil. Acest lucru este complex; de pildă, de multe ori, tăcerea este percepută de terapeuţi ca neutralitate, în timp ce pacienţii o asociază indiferenţei sau respingerii. Scopul psihoterapiei este să experimenteze ceea ce pacientul experimentează şi să-i transmită aceasta înapoi, într-un mod pe care să-l înţeleagă. Membrii grupului trebuie să aibă dreptul să aprobe, să dezaprobe sau să corecteze comentariile terapeutului. Pentru ca rezistenţa să fie diminuată şi rezolvată este necesar ca:

a) Membrii grupului să se simtă suficient securizaţi astfel încât să permită conştientizarea conţinutului psihic reprimat.
b) Sentimentele exprimate asociate cu acest conţinut să fie acceptate de terapeut şi de membrii grupului.
c) Acest conţinut să fie integrat în personalitatea fiecărui membru al grupului.

Atunci când terapeuţii evită capcana abordării rezistenţei ca patologie defensivă şi se focalizează pe motivaţia apariţiei sale, ei vor creşte considerabil eficienţa grupului şi sănătatea membrilor săi.

• Profilul terapeutului

În multitudinea variabilelor responsabile de succesul terapiei de grup se remarcă calităţile şi trăsăturile terapeutului, cotate, se pare, a fi mai importante decât tehnicile de lucru propriu-zise, fără a neglija, bineînţeles, rolul strategiilor de acţiune, al experienţei şi antrenamentului.

Demersul conturării unui profil al terapeutului are ca repere o serie de aspecte, factori de reală importanţă în atingerea reuşitei terapiei în grup.

Valorile terapeutului

Impactul valorilor terapeutului asupra succesului terapiei a fost cercetat doar în zona populaţiei non-dependente; cu toate acestea, informaţiile obţinute pot fi extrapolate tuturor formelor de tratament (Ph. Flores, 1997, p. 454).

De reținut că valorile dominante specifice profesiilor de clasă medie (e.g. gratificare, control al impulsurilor, gândire rațională, abnegație, responsabilitate etc.) nu sunt împărtășite de majoritatea alcoolicilor și dependenților. Un terapeut pasiv, neprovocativ, „mort" va fi perceput de către acești pacienți ca un alt „lucru rău", restrictiv și monoton. Masterson (1981, apud. Flores) consideră că trăsăturile terapeutului care împiedică eficiența terapiei sunt: pasivitate, compulsivitate, submisivitate și dependență. Toate acestea minimizează considerabil șansa terapeutului de a deveni un model comportamental corespunzător, pe care pacientul îl poate internaliza.

Terapeutul ca persoană

Teoreticienii ca Erv Polster, Irvin Yalom, Carl Whitaker și alții au stăruit îndelung asupra importanței terapeutului ca persoană în eficientizarea procesului terapeutic; trăsăturile de personalitate reprezintă unul dintre elementele cheie care facilitează schimbarea în terapie. Whitaker și Malone (1953) diferențiau între trei tipuri distincte de terapeuți, fiecare cu funcții specifice în terapie:

1. Non-terapeutul

- Relația sa cu pacienții este una de afaceri și va acționa ca un administrator profesionist.
- Reacționează rareori la Eul-copil din pacienții săi.
- Nu percepe pacienții în termenii potențialului lor.
- Neagă nevoile propriilor pacienți, nu se identifică cu ei.
- Nu manifestă o terapie adecvată cu sine însuși.
- Are acces la propria sa viață imaginară, dar este incapabil de a o valorifica cu alți oameni

2. Terapeutul social

- Acceptă nevoile și viața imaginară a pacientului.
- Se poate identifica cu pacienții și stabilește cu aceștia o puternică relație terapeutică.
- Reacționează pozitiv la Eul-copil din celelalte persoane și atrage persoana în „terapie".
- Își cunoaște propriile limite și adesea recomandă unui terapeut profesionist pacienții ce necesită o terapie avansată.

3. Terapeutul înalt profesionist

- Ca și cel social, acesta și-a rezolvat majoritatea nevoilor sale infantile.
- Se identifică cu pacienții săi, în sensul perceperilor ca pe propriul Eu-copil.
- Este conștient de limitele sale în sens terapeutic.

- Ca profesionist, separă funcția sa terapeutică de propriul lui stil de viață.
- Ajută pacienții să parcurgă experiența terapeutică pe baza relației simbolice, dar și a relațiilor lor cu terapeutul ca persoană.
- Atinge o profunzime satisfăcătoare cu fiecare pacient.
- Stimulează capacitatea pacientului de a deveni o persoană în creștere.

Calitățile terapeutului

Martin Grotjohn (1983) a listat șase calități considerate ca fiind esențiale pentru eficiența tratamentului în grup:

1. credibilitatea;
2. spontaneitatea și receptivitatea;
3. încrederea;
4. identitatea bine conturată;
5. umorul și creativitatea;
6. responsabilitatea greșelii.

1. Terapeutul trebuie să fie de încredere; membrii grupului revendică o figură parentală coerentă, al cărei comportament este previzibil și inteligibil. Terapeutul trebuie să posede capacitatea pe care K. Jaspers (1975) o numea „comunicare nelimitată" și să fie după, Erv Polster (1981), „un cunoscător al interacțiunii umane". El trebuie să asculte pacienții cu cea de-a „treia ureche" (Th. Rick) și să fie capabil să tolereze neînțelegerea, decât să impună propriile explicații și interpretări. După cum spunea Rick, „e mai bine să nu înțelegi decât să înțelegi eronat".

2. Spre deosebire de terapia individuală, unde terapeutul are timp să aștepte, să reflecteze și să speculeze, în terapia de grup este necesar ca acesta să răspundă spontan situațiilor și interacțiunilor multiple din grup. De aici, comparația lui Grotjohn: terapeutul ca dirijor al unei orchestre. El apare simultan, mai evident decât în terapia individuală, ca participant și observator în grup.

3. Încrederea în alții, altruismul nu pot fi dezvoltate în condițiile în care terapeutul nu are încredere în membrii grupului și în propria persoană. A avea încredere nu înseamnă doar a fi amabil, drăguț și tolerant, ci și a sublinia chiar adevăruri dureroase, exprimarea dezamăgirii – care pot influența pacientul. Persuasiunea sau influența terapeutului nu sunt utilizate ca manipulare în scopul satisfacerii intereselor și nevoilor terapeutului. După cum scria și Kant, „un om nu trebuie văzut ca un mijloc, ci doar ca un scop în sine"; în caz contrar, reciprocitatea și ajutorul sunt compromise. Alături de coerciție, manipulare, confruntare și intervenție, persuasiunea joacă un rol important în lucrul cu alcoolicii și dependenții, în cazul cărora producerea unei schimbări

este extrem de dificilă. Este acceptat faptul că persuasiunea este determinată de o serie de factori importanţi: experienţa, credibilitatea, antrenamentul, dedicaţia, valorile, entuziasmul, responsabilitatea.

4. Identitatea conturată a terapeutului permite membrilor grupului să-l perceapă şi să-l recunoască ca ceea ce este acesta – o persoană reală şi nu ceva imaginar, datorat transferului. Totodată, îi va da terapeutului oportunitatea să se raporteze deschis şi uman la grup, fiind capabil să dezvolte o alianţă de lucru cu pacienţii. De asemenea, îndeplinită această condiţie, ea îl va ajuta pe terapeut în reacţiile sale de contratransfer şi în înţelegerea propriilor defense.

5. Adesea, cei mai buni terapeuţi sunt cei care îşi folosesc într-un mod creativ simţul umorului. Acesta este valorificat la maximum atunci când însoţeşte onestitatea, curajul, sinceritatea. De asemenea, poate ajuta la soluţionarea distorsiunilor transferenţiale. Creativitatea poate îmbrăca multe forme. După cum evidenţia J. Frank (1961), atitudinea personală faţă de grup este adesea cea mai importantă din repertoriul său.

6. Responsabilitatea greşelii.

Există o expectanţă vizavi de terapeut şi anume aceea de a greşi. Mult mai important, afirmă autorul, este să li se permită terapeuţilor să o facă. Ei vor învăţa că, greşind, nu-şi vor pierde poziţia. Există riscul ca, în caz contrar, să fie intoleranţi faţă de incapacitatea pacienţilor de a ţine pasul cu ei şi cu descoperirile lor, devenind astfel frustraţi şi nesatisfăcuţi de lipsa unui succes imediat în terapie. Beutler (1980) demonstrează că terapeuţii care percep cu acurateţe disforia şi rezistenţa pacientului au o eficienţă mai ridicată.

- **Direcţii de lucru şi priorităţi pentru terapeut**

Rutan şi Stone (1993) au studiat asiduu în direcţia identificării, sistematizării şi clasificării priorităţilor de rol şi sarcină ale terapeutului de grup. Autorii disting între rolul terapeutului şi focalizarea sa.

Rolurile terapeutului

Autorii mai sus amintiţi analizează rolurile terapeutului pe trei axe:

a) activitate – pasivitate;
b) transparenţă – opacitate;
c) gratificare (recompensare) – frustrare.

a) Nivelul de activism al terapeutului este determinat de o serie de factori: stadiu de dezvoltare, populaţie ţintă, obiective, orientare tehnică,

compoziție a grupului, personalitate; ei vor influența gradul de activism sau pasivitate al terapeutului. După cum s-a menționat anterior, alcoolicii și dependenții de droguri nu răspund satisfăcător terapeuților pasivi, nonstimulativi, dar nici celor care controlează excesiv, stilul lor evocând competiție, evaluare și dominare. Nivelul de activitate al terapeutului, cu deosebire într-o primă fază, trebuie orientat înspre stabilirea unor granițe și limite ferme, fără a intra însă în competiție cu membrii grupului. Pasivitatea poate fi interpretată ca dezinteres, detașare și slăbiciune, provocând reacții transferențiale puternice, ceea ce constituie un impediment în progresul grupului.

b) După recomandarea lui Rutan și Stone este mai util, de obicei, să dezvălui doar ceea ce vine în sprijinul procesului terapeutic. Trebuie evitate transparența, deschiderea în ceea ce privește nevoile proprii terapeutului sau în cazul presiunilor venite din partea grupului. O evitare directă însă a răspunsului la aceste întrebări riscă să distorsioneze relația terapeutică. Este cunoscut faptul că pacienții dependenți sunt mai interesați să știe că vor fi înțeleși, acceptați și ajutați de cineva care a avut tangență cu problema dependenței. Este important, în cazul în care terapeutul nu are legătură cu dependenții, ca acesta să nu se justifice, să nu se scuze pentru aceasta.

c) Nivelul la care terapeutul frustrează sau recompensează grupul este un alt factor dominant de prezența sa în grup. Alcoolicii și dependenții revendică nivele sigure de recompensă în grup, în condițiile în care ei trebuie să fie capabili să tolereze renunțarea la sursa lor principală de gratificare – în speță alcoolul și drogurile. Perspectiva psihologiei Sinelui este cea mai utilă terapeutului în determinarea modului și momentului gratificării pacienților dependenți. Adicția, așa cum o definește psihologiei Sinelui, rezultă din frustrarea nevoilor de gratificare corespunzătoare dezvoltării. Pacienții dependenți trebuie să învețe cum să tolereze frustrarea, în timp ce parcurg nivele tolerabile de frustrare. Apare aici conceptul de „frustrare optimă". Grupul lucrează la nivel maximal în condițiile unui nivel de anxietate tolerabil (Ame Alonso, 1985, apud Flores). Dacă există prea puțină anxietate, grupul nu va promova o atmosferă stimulativă necesară producerii capacității de adaptare și reușită. O anxietate prea mare blochează încrederea, seriozitatea și coeziunea. „Gratificarea optimă" se referă la faptul că terapeutul va ajuta grupul pentru obținerea echilibrului emoțional, până când aceștia îl ating singuri fără a reveni la vechile metode de obținere a satisfacției.

Funcțiile terapeutului

Focalizarea terapeutului este descrisă pe următoarele coordonate:

a) trecut... aici și acum... viitor;
b) grupul ca întreg... interacțiune... individ;
c) în grup... în afara grupului;

d) afectivitate... cogniție;
e) proces... conținut;
f) înțelegere... experiență.

a) Trecut, prezent și viitor. Toți terapeuții experimentați și bine formați recunosc că focalizarea pe „aici și acum" este probabil cea mai productivă în grup. Trecutul este important doar pentru a înțelege influența asupra a ceea ce se întâmplă în prezent, mai ales în cazul consumului de alcool și droguri. Analog, concentrarea excesivă asupra viitorului poate deveni o modalitate de evitare a ceea ce trebuie făcut în prezent. Preocuparea alcoolicilor și dependenților pentru viitor poate deveni cu ușurință sursa unor anxietăți și temeri insurmontabile.

b) Arta de a conduce grupul este determinată într-o mare parte de abilitatea terapeutului de a discerne, la un moment dat, ce nivel de intervenție (la nivel de grup, interpersonal, individual) este benefic grupului. Intervențiile individuale sunt absolut necesare, mai ales în stadiile timpurii ale terapiei, dar în cele ulterioare nu trebuie utilizate în exces. Promovarea interacțiunilor interpersonale trebuie să domine eforturile terapeutului în lucrul cu pacienții dependenți. Inițial, acesta va încuraja stabilirea unui climat suportiv, coerent și receptiv. Ulterior, interacțiunile interpersonale trebuie evidențiate ca mijloc în identificarea modului în care relațiile internalizate sunt proiectate și exprimate față de ceilalți.

c) Dacă terapeutul valorizează experiența lui „aici și acum" și interacțiunea între membrii grupului, experiențele de tip „în grup" vor avea întâietate, deși nu trebuie neglijată raportarea, paralela la evenimentele „din afara grupului". Uneori însă, mai ales pentru alcoolici și dependenți, evenimentele din afara grupului pot deveni o sursă de rezistență și de detașare de ceea ce se urmărește în cadrul grupului.

d) Orice terapeut experimentat distinge între o înțelegere cognitivă și una de tip emoțional. Utilizarea excesivă a uneia fără cealaltă este ineficientă, necesitând echilibrarea lor și în funcție de nevoile particulare ale membrilor grupului. În activitatea terapeutică cu alcoolici și dependenți există o preocupare specială pentru aceasta: prea multă afectivitate la început poate conduce la „recăderea" pacientului, deși experiența clinică și date recente evidențiază importanța catharsis-ului în terapia dependenților.

e) Există o puternică tendință în grup în direcția reacției la conținutul comunicării unei persoane. Aspectul procesual este de regulă domeniul și responsabilitatea terapeutului. Acest proces poate avea loc intrapersonal (e.g. asociațiile libere ale indivizilor) sau în grup (schimburi libere ce au loc între membrii grupului). Pentru aceasta, membrii trebuie să se simtă liberi să răspundă deschis și spontan cu ceea ce le vine în minte, ceea ce este complicat, mai ales pentru alcoolici și dependenți. De aceea, interacțiunile lor pot fi

superficiale, evitante, formalizate sau combative, dacă au de a face cu o problemă emoțională negativă.

f) Rutan şi Stone (1993) evidențiau că, deşi sunt vitale în orice formă de tratament, instinctul şi înțelegerea sunt insuficiente pentru a aduce o schimbare reală în individ. Experiența de viață stă la baza oricărui proces terapeutic eficient. Alcoolicii şi dependenții, probabil mai mult ca ceilalți, au dificultăți evidente în stabilirea unor relații reciproc satisfăcătoare. Pentru a fi capabili de aceasta, ei au nevoie de oportunitatea învățării prin experimentarea lor aici şi acum mai degrabă decât prin primirea unei formule care le explică cum să procedeze.

- **Contribuțiile terapeutului şi pacientului la procesul psihoterapeutic**

Contribuția terapeutului:
- terapeutul trebuie să demonstreze capacitate empatică;
- să fie un bun ascultător activ a ceea ce pacientul spune sau nu spune (ascultarea cu a treia ureche);
- să manifeste o atitudine noncritică; neutralitatea nu trebuie însă confundată cu nonreceptivitatea;
- să evite un comportament provocator, supărător când pacienții săi sunt ostili.

Yalom (1995) analizează un număr de variabile ce descriu activitatea terapeutului şi le clasifică în patru funcții fundamentale:

b) stimulare emoțională (înfruntare, confruntare, impunere ca model);
c) suport (sprijin, afecțiune, protecție, căldură, acceptanță etc.);
d) stimularea înțelegerii (explicare, interpretare, clarificare, oferirea unui cadru cognitiv al schimbării; traducerea sentimentelor şi experiențelor în idei);
e) funcții executive (stabilirea limitelor, regulilor, normelor, obiectivelor, programarea timpului, stabilirea procedurilor).

Contribuția pacienților:

Există trei dimensiuni fundamentale referitoare la contribuția pacientului, ce trebuie evaluate în terapie:
- pacienții vin, de regulă, în grup cu anxietăți, temeri şi îndoieli, chiar ostilitate şi agresivitate, adesea neexprimate; anumite trăiri trebuie exprimate chiar de la începutul terapiei, în caz contrar terapeutul pierzându-şi pacienții;
- pacienții prezintă un anumit nivel al dezvoltării fizice, rezultat al experienței lor anterioare; cu cât experiențele negative au avut loc la o

vârstă mai timpurie, cu atât dificultăţile pacienţilor sunt mai mari şi vor relaţiona mai anevoios cu terapeutul. Aceşti pacienţi necesită sprijin, alinare, liniştire din partea terapeutului;

- fiecare pacient intră în terapie cu anumite expectanţe; cele mai multe se referă la fantezia de vindecare: într-un fel magic, terapeutul va îndepărta disconfortul şi boala sa; în acest fel, mai ales în cazul alcoolicilor şi dependenţilor cu aşteptări exagerate, pot fi provocate furia şi supărarea lor.

Concluzii

Ca terapeuţi şi lideri de grup avem sarcina, dar şi datoria morală, prin codul deontologic al profesiunii noastre, de a oferi ceea ce membrii grupului au nevoie, nu doar în grup, ci şi în viaţa reală.

În grupurile de psihoterapie putem oferi ceea ce de fapt doreşte oricare dintre noi – experienţă relaţională şi un sens al comunităţii, unde fiecare se simte acceptat şi valorizat ca om.

Orice toxicodependent trăieşte experienţa alienării, neacceptării şi golului interior, aflat fiind într-o continuă luptă cu nevoia de drog şi cu nevoia de ceilalţi. Terapia de grup oferă un sens al apartenenţei şi al înţelegerii reciproce, ca experienţe emoţionale necesare „topirii" în structura Eului a confuziei, ambivalenţei şi suspiciunii.

Cu toţii dorim să fim acceptaţi, iubiţi şi recunoscuţi necondiţionat. De aceea, pentru noi toţi, dependenţi sau non-dependenţi, primul conflict (şi poate prezent până la sfârşitul vieţii) apare între nevoia, dorinţa de a fi alături de altul sau de ceilalţi şi alienarea de sine, pierderea identităţii personale.

Alcoolicii şi dependenţii trăiesc, probabil, ceva mai intens experienţa alienării de sine, şi poate de aceea caută şi solicită autonomie şi independenţă într-un mod rebel, egocentric şi de multe ori ostil. În subsidiarul vieţii psihice trăiesc teama pierderii identităţii de sine în contextul participării afective alături de celălalt. Aceasta constituie o temă pentru noi toţi.

TEMĂ DE REFLEXIE

Putem fi într-o relaţie intimă cu cineva fără a ne pierde independenţa?

MODUL III. Relații-capcană în familia toxicomanului

Cristina Denisa Godeanu (Stoica)

- **Introducere**

Relațiile-capcană în sistemul familial au fost dezvăluite pe măsură ce s-au finalizat cercetările unor grupuri cum sunt cele de la Palo Alto și de la Milano. Gregory Bateson, Don D. Jackson și echipa lor de la Palo Alto au publicat în 1965 un articol, „Către o teorie a schizofreniei", în care este comunicată celebra teorie a dublei legături. Ei au elaborat această teorie bazându-se pe cercetări pe care le-au făcut pe familii cu schizofreni. Bateson și colaboratorii săi au pus în evidență acest tip de comunicare paradoxală care are o mare frecvență în familiile cu schizofreni. Școala de la Milano, în frunte cu Mara Selvini-Palazzoli, a făcut cercetări pornind de la ipoteza că familia este un sistem cu autoreglare, care își creează propriile reguli prin încercare și eroare. Însă, contribuția cea mai importantă a abordării sistemice în terapie, după cum spune Haley, a fost aceea de a arăta pentru ce oamenii sunt cum sunt și nu schimbarea psihoterapeutică. Cu alte cuvinte, toate aceste cercetări au demascat iluzia relațională, au identificat și „au demontat" **relațiile-capcană**. Conceperea simptomului ca modalitate de adaptare la contextul de viață al individului a fost, iarăși, de o foarte mare importanță în identificarea și abordarea relațiilor-capcană.

Viziunea sistemică a dezvăluit numai anumite aspecte în legătură cu ceea ce se ascunde în spatele jocurilor relaționale. Mara Selvini Palazzoli este conștientă de limitele pe care le implică „fidelitatea" față de un sistem terapeutic. „Credem că este timpul să mergem dincolo de modelul sistemic. El a devenit o capcană care nu mai permite niciun progres clinic."(„La thérapie familiale en changement", 1999, p. 58).

Relațiile-capcană se pot aborda și sub aspectul transmisiei inconștientului familial. **Bert Hellinger**, terapeutul care a creat terapia numita **„constelații familiale"**, abordează capcanele sistemului familial punându-le în relație cu inconștientul familial. Metoda lui Bert Hellinger de a lucra cu punerea în scenă a constelațiilor familiale aduce la lumină dinamica ascunsă care ne împinge să ne comportăm într-o anume manieră în familie. Astfel ne dăm seama că, uneori, adoptăm comportamente care nu ne aparțin. Dramele și secretele familiale care fac parte din istoria propriei noastre familii pot determina destabilizări în sistemul familial, de care nu ne dăm seama. Hellinger vorbește despre forțe ce țin de sufletul nostru, pe care el le numește „ordinele dragostei", și care ne pot lega de destinul altuia. „Dragostea oarbă" trece dincolo de generații, spune el.

Ivan Boszormenyi-Nagy, **Maria Torok** și **Nicolas Abraham** au descris fenomene ce țin de inconștientul colectiv, cum ar fi loialitatea familială, „cripta și fantoma", care pot genera ceea ce în terapia transgenerațională se numește patologia de transmisie transgenerațională.

Toxicomania este văzută de unii terapeuți ca patologie de transmisie transgenerațională. În practica cu familiile de toxicomani am identificat ceea ce am numit relații-capcană, relații care sunt integrate unor scenarii-capcană, ce decurg din manifestarea inconștientului familial, întemeindu-se pe fenomene ca loialitatea familială, „ordinele iubirii", cripta și fantoma. Ele confirmă existența mitului familial, a ritualurilor familiale și asigură identitatea familiei, împiedicând dizolvarea ei.

1. Relații și scenarii-capcană în familia toxicomanului

1.1. Dinamica scenariilor-capcană în familia toxicomanului

Am lansat ipoteza că episodul toxicoman, în familiile pe care le-am avut sub observație, este corelat cu **nevoia de creștere**, cu **asumarea creșterii** și cu **deturnarea de la creștere**. De ce m-am oprit la abordarea acestui scenariu pe care l-am intitulat **„Nu este momentul să crești!"**? În primul rând fiindcă este asociat cu presiunea schimbării (vezi subcapitolul „Toxicomanul și familia sa în scenariul terapeutului") și cu recăderea și în al doilea rând pentru că are ca miez această nevoie de creștere.

Am identificat toate aceste caracteristici în urma evaluării familiilor cu care am lucrat. Ipoteza poate fi confirmată de observațiile asupra comunicării în familiile cu un membru toxicoman. Incapacitatea acestor persoane de a-și comunica propriile nevoi și de a le asculta pe ale altora poate fi corelată cu deturnarea de la creștere. Deturnarea de la creștere îi satisface, în aparență, nevoia adolescentului de creștere.

Pentru ilustrarea modului în care funcționează triunghiul nevoia de creștere – asumarea creșterii – deturnarea de la creștere am ales câteva exemple:

Fiul risipitor. Familia pe care o aduc în discuție demonstrează foarte bine modul în care scenariul „Nu este momentul să crești!" s-a transmis de la o generație la alta. Este vorba despre o familie formată din părinți, care au depășit ușor vârsta de 40 de ani, și din doi băieți de vârste apropiate, 17 și 18 ani. Până în urmă cu doi ani au locuit, în regim de familie extinsă, împreună cu părinții soțului. În momentul în care s-au separat, spațial, de părinții soțului, au debutat problemele pe care le au în legătură cu fiul lor mai mare, probleme legate de consumul de droguri. Modul în care mama și tatăl își descriu familia

corespunde mitului familiei ideale, descris de Ferreira. Ei nu au avut niciodată niciun fel de probleme. Mama se descrie pe ea însăşi: „Eu am învăţat bine, am făcut o facultate, m-am căsătorit, am făcut copii. Soacra mea mi-a fost ca o a doua mamă. Mi-e şi milă de ea în momentul acesta **în care îi creăm probleme cu băiatul nostru!** Ei sunt bătrâni, nu mai au chef de aşa ceva. "Se observă tendinţa mamei de a rămâne copilul supraadaptat şi în relaţie cu socrii. Putem lansa ipoteza că unul dintre scenariile familiei de origine a mamei este „Ca să nu ai probleme nu trebuie să creşti!". Tatăl se descrie pe el însuşi prin identificare cu fiul său mai mic. El ne spune despre fiul său: „Este un băiat atât de bun! Munceşte, îşi vede de lecţii, face sport şi nu are prieteni dubioşi ca celălalt." Pe cine ne descrie tatăl? Un copil supraadaptat care îşi mulţumeşte părinţii, care nu le crează probleme şi care îşi vede de treaba lui. Pe măsura derulării şedinţelor la care a participat tatăl, ne dăm seama că portretul fiului corespunde portretului tatălui în adolescenţă. În urma evaluării, am aflat că tatăl îşi asumă într-un mod dificil rolul de tată, tocmai pentru că nu a avut spaţiul necesar pentru a-şi crea şi pentru a exersa acest rol. Tatăl familiei a fost întotdeauna bunicul. Mama spune despre tată: „De câte ori apare o problemă în familie, el nu doarme noaptea. Şi îl apucă şi criza de astm". Aşadar, tatăl joacă de multă vreme rolul de al treilea copil în familie. Pentru a prezerva mitul familiei ideale este necesar scenariul „Nu trebuie să creşti!".

Din punct de vedere al prezervării acestui mit al familiei, fiul mai mare reprezintă o ameninţare. El este ţapul ispăşitor, care strică imaginea familiei. Este acel membru al familiei care nu se integrează scenariului familial. Şi ce face el? Intră în contrascenariu. Se întâmplă fenomenul de **deturnare de la creştere. Persoanele care trăiesc acest fenomen sunt acele persoane care au o nevoie naturală de creştere, dar, fiind sabotate în creşterea lor, se implică într-un scenariu care, în aparenţă, le satisface nevoia de creştere. Tendinţa la contrascenariu în astfel de familii este tipică.** Un exemplu în acest sens este tatăl care are, la un moment dat, în adolescenţă, o perioadă în care bea mai mult. Aşadar, tatăl confirmă faptul că creşterea este un fenomen natural care, atunci când este sabotat, generează forme false de manifestare. Cum a depăşit tatăl momentul? „M-am îndrăgostit de o fată şi mi-a trecut.", spune el. Tendinţa lui către creştere a fost reprimată de necesitatea de a se integra scenariului familial. Se pare că „Nu este momentul să creşti!", scenariul tipic pentru părinţii lui, a fost mai puternic decât tendinţa lui către creştere. Tatăl s-a integrat scenariului familial, dar mulţi ani a fost dependent de tutun. A renunţat la tutun din cauza unei bronşite asmatiforme, care se manifestă puternic ori de câte ori el se confruntă cu o problemă în familie. Reacţia tatălui la probleme ne indică faptul că şi în familia de origine a tatălui a funcţionat acelaşi scenariu, „Dacă o să creşti, o să ai probleme!". Băiatul repetă episodul de toxicomanie al tatălui, ca şi cum i-ar mai da încă o dată şansa de a creşte.

Unul dintre miturile descrise de Ferreira se manifestă în acest caz, mitul ispăşirii. Fiul este Umbra proiectată a tatălui. Tatăl s-a identificat cu fiul mai mic şi şi-a proiectat Umbra în fiul mai mare. Este ca şi cum fiul i-ar permite tatălui să se confrunte cu Umbra lui încă o dată. Iată cum acest scenariu, „Nu este momentul să creşti!", transmis de la o generaţie la alta, generează contrascenarii şi relaţii-capcană în care membrii familiei sunt prinşi, fără a fi conştienţi de acest lucru. În familia prezentată părinţii sunt pe cale de a transmite acelaşi scenariu fiului mai mic. Fiul mai mare intră în contrascenariu, respingând conştient modul de viaţă al familiei. Între cei doi băieţi există o ostilitate evidentă, ostilitate întreţinută de scenariul familial. Aşadar, cei doi băieţi, împreună cu ceilalţi membrii ai familiei, sunt în relaţii-capcană.

Terapeutul care întâlneşte o astfel de familie nu rămâne „pe margine". Capcana relaţională a familiei cu care are contact este atât de puternică, încât riscul de a fi atras este foarte mare. Membrii familiei îi găsesc întotdeauna un rol în scenariul lor şi acest rol nu este acela de terapeut. Întreruperea şedinţelor din motive obiective pentru două luni a generat o uşoară panică părinţilor. „Şi pe noi cui ne lăsaţi?", m-a întrebat mama. Aceşti părinţi încă mai aveau nevoie de părinţii lor.

„Soluţia" scenariului polar (contrascenariul). Cazul următor ilustrează o combinaţie între mitul familiei ideale, aşa cum a fost descris de Ferreira, şi scenariul „Nu este momentul să creşti!". Tatăl, cu studii strălucite şi carieră deosebită, a fost premiant din şcoala generală până la terminarea facultăţii. Ca urmare, obţine un post de conducere. Mama se pensionează pe caz de boală, ea având, de asemenea, studii superioare. Privită din afară pare o familie de invidiat. Este o familie bine cotată în societate. Tatăl ţine foarte mult la această imagine. Din acest motiv, un alt scenariu pe care i-l prescrie tatăl fiului este următorul „Trebuie să fii la fel de performant ca mine!". Ca urmare, fiul intră în contrascenariu mascat. **Contrascenariul reprezintă „soluţia" fiului.** El reuşeşte să intre la o facultate în urma unui examen dificil. Imaginea familiei este, oarecum, păstrată. În acelaşi timp, însă, el intră în contrascenariu. Adoptă un stil de viaţă care implică consumul de droguri. E un stil de viaţă care nu are nimic de a face cu viaţa pe care o duce cu părinţii săi. „Pe stradă şi cu prietenii mei sunt altcineva." Spre deosebire de tânărul toxicoman din cazul prezentat anterior, acesta funcţionează în acelaşi timp în două scenarii polare, scenariul prescris de tată şi scenariul pe care şi-l alege singur, contrascenariul. Nevoile de creştere ale tânărului sunt satisfăcute de funcţionarea în contrascenariu. Dar este vorba de o nevoie de creştere neasumată.

În acest caz este foarte important pericolul pe care îl reprezintă lezarea mitului familiei ideale. Este în pericol unul dintre miturile foarte importante ale acestei familii. La aflarea veştii că fiul consumă droguri, prima reacţie a tatălui a fost în legătură cu mitul familiei ideale: „Am ajuns la fel ca ţiganii!".

Transgresarea de către fiu a uneia dintre regulile familiale, aceea de a fi performant, îl aduce pe tată în stare de panică. El se află în situația de a face orice pentru ca mitul familiei să nu se dizolve. În urma evaluării acestei familii, am formulat ipoteza că prioritară este păstrarea imaginii familiei și nu recuperarea fiului. În aceste condiții tatăl este centrat pe a crea planuri pentru fiul său și nu pe ritmul de recuperare al acestuia. La un moment dat este chiar dispus să îl gonească de acasă pentru a păstra imaginea familiei. Fiul său trebuie recuperat în timp record. Este vorba despre acel gen de părinte care consideră că singura problemă a familiei este toxicomania fiului său, aruncând, astfel, toată responsabilitatea relației pe acesta din urmă. În perioada postdezintoxicare, presiunea schimbării a crescut atât de mult în această familie, încât fiul, chiar urmând o psihoterapie, a recăzut. Tatăl nu a reușit să se integreze triunghiului părinte – toxicoman - terapeut, iar fiul nu s-a simțit destul de pregătit pentru a profita de șansa de a ieși în mod real din scenariu. Gradul de implicare al fiului în acest scenariu a avut un mare rol în recăderea acestuia.

„Este mai bine să faci ca mine. Eu am trecut prin asta!" reprezintă metamesajul întregului comportament al părintelui în acest scenariu.

Trebuie să fii la fel de bun ca mine! Tatăl cu studii și carieră strălucite. Fiul este exmatriculat de două ori din liceu. Tatăl nu înțelege ceea ce se întâmplă. Aici se combină mitul familiei ideale cu nevoia acestei familii de a fi deosebită. Deoarece fiul este singurul nepot al întregii familii, el devine ecranul de proiecție al tuturor speranțelor membrilor familiei. De la început i se prescrie scenariul „Trebuie să fii performant!", „Ești extraordinar!". El intră, astfel, într-un scenariu polar scenariului prescris de familie. Astfel, el permite familiei să se confrunte cu propria sa Umbră. În prescrierea scenariului „Trebuie să fii performant!", membrii familiei folosesc scotomizarea. El poate fi o copie a tatălui său, dar nu poate fi el însuși. Ce face tânărul pentru a rămâne el însuși? Alege polaritatea.

În urma evaluării acestei familii am observat că relația tatălui cu fiul său se bazează pe o permanentă comparație tată-fiu, ceea ce m-a dus la supoziția că tatăl își provoacă fiul la o permanentă competiție fraternă. „El nici nu știe pe ce lume trăiește. Eu la vârsta lui eram olimpic la matematică." Comunicarea în această familie se conformează modelului „Vieți paralele". Tatăl vorbește pentru el, mama vorbește pentru ea, fiul vorbește pentru el. Tatălui îi este foarte dificil să conceapă faptul că fiul are alte nevoi decât el însuși. Rolul fiului este acela de țap ispășitor. Așadar, se reîntâlnesc aspecte ce țin de participarea membrilor familiei la scenariul „Nu este momentul să crești!".

Cel abandonat. Este vorba despre o familie în care, ca și în primul caz, ies în evidență scenariile care se află în polaritate. Fiind vorba despre o familie cu doi copii, bineînțeles că fiecare este „orientat" către un scenariu. Fata mai mică este „copilul cel bun", care satisface așteptările părinților. Ea este

cuminte, învață foarte bine, este în rândul lumii. Fiul mai mare intră în scenariu polar. Este cel „abandonat", este „cel renegat". I. este crescut până la vârsta de 6 ani de către bunici, într-un alt oraș decât cel în care locuiesc părinții săi. Are cu bunica o relație fuzională. Acest aspect este un bun indicator în legătură cu tendințele lui la dependență. În momentul în care se mută cu părinții săi, „preferă" să rămână într-un scenariu al abandonului. El se simte mai bine la creșă, prietenii lui sunt mai importanți decât familia lui și se simte cel mai bine pe stradă. „Cel abandonat" își oferă și o recompensă orală, la 15 ani începând să consume un drog, și nu orice drog, ci unul care dă o dependență fizică și psihică foarte puternică. Mama lui spune despre el că niciodată nu a fost deschis cu ea și cu tatăl său. Are, însă, o relație foarte bună cu sora lui. În urma întâlnirilor cu el și cu mama lui am observat că, în ciuda independenței afișate, I. este încă foarte dependent de mama lui.

Nu vreau să cresc. În acest caz este vorba despre un tânăr care intră în contrascenariu ca țap ispășitor într-o familie în care toți membrii, după spusele lui, au studii strălucite. Așadar, comportamentul lui pune în pericol un mit foarte important al familiei, și anume mitul familiei performante. Rolul de țap ispășitor îi oferă multe avantaje. Cel mai important avantaj este întârzierea în asumarea responsabilității, care este corelată cu deturnarea de la creștere. Scenariul pe care și-l alege este polar scenariului impus de tatăl său, care are o importantă funcție de conducere. Foarte important este faptul că a avut și încă mai are o relație de extremă dependență față de mama sa. Refuzul de a crește este evident.

După cum se observă în cazurile prezentate mai sus, **dinamica scenariilor polare este diferită, în funcție de structura familiei**. În familiile în care există mai mult de un copil, aceștia sunt „repartizați" în polaritate câte unui scenariu. Povestea biblică despre fiul risipitor este relevantă pentru modul în care funcționează scenariile polare. În familiile cu un singur copil riscul de disociere al copilului este foarte mare, pentru că el poate intra concomitent în două scenarii.

Foarte importante pentru dinamica scenariilor polare sunt, după părerea noastră, **fenomenele de excludere și autoexcludere**. Un membru al familiei se poate autoexclude sau poate fi exclus dintr-un scenariu prescris de părinți, de alți membri ai familiei sau de social. În exemplele date mai sus este evident fenomenul de autoexcludere. Mesajul părinților este „Nu ai ce căuta în scenariul meu, dacă nu intri în acest rol!". Mesajul fiului este „Nu pot face parte din acest scenariu!". Astfel apare un scenariu polar. Acest scenariu polar nu apare peste noapte. Și aici putem vorbi despre modul în care un membru al familiei care nu se integrează scenariului familial conștient scoate la suprafață **scenariul-umbră** al familiei. Familia este pusă în situația să vadă ceea ce nu se vede în familie, poate fi pusă chiar în situația să se confrunte cu secrete ale

familiei. Acel membru al familiei care intră în scenariul polar are paradoxalul rol de a „întregi" familia, de a-i reda posibilitatea să integreze ceea ce nu a fost integrat. Acest „ceva" se manifestă ca intricații familiale (vezi Bert Hellinger). Fenomenul de autoexcludere și de intrare într-un scenariu polar este legat de nevoia de creștere. Tânărul din primul exemplu se sustrage unei capcane relaționale în care ar fi forțat să rămână copil multă vreme și intră într-o altă capcană, toxicomania. Astfel, în aparență, el a ales creșterea, dar s-a întâmplat deturnarea de la creștere.

În cazul toxicomanului și al familiei sale, foarte importantă este dinamica între scenariul-capcană social și scenariul-capcană familial. Cazurile prezentate mai sus demonstrează faptul că există un moment în derularea dramei familiale în care acestea se exclud reciproc. Am putea numi acest moment momentul zero, fiindcă în acest moment statutul de „corp străin" al toxicomanului în familia sa este foarte puternic. Este momentul în care este foarte clar că toxicomanul nu mai face parte din scenariul familial. Membri familiei nu îi mai găsesc loc. Următoarea mișcare poate fi excluderea „corpului străin" sau „indigestia" familială. Tatăl din exemplul 2 găsise „soluția": „Prefer să plece de acasă. Să nu mai știu de el." Riscul excluderii era foarte mare. Dacă nu se întâmplă nici excluderea și nici autoexcluderea, „soluția" rămâne intrarea în scenariile polare, după cum am observat în cazurile prezentate mai sus.

1.2. Atașamentul intergenerațional, un aspect al relațiilor-capcană în familia toxicomanului

În urma experienței sale clinice cu familiile de toxicomani, Gianfranco Cecchin identifică un pattern foarte important specific acestui tip de familie (Cecchin 1989). Este vorba despre existența unei relații foarte puternice între pacient și mama sa sau între pacient și altcineva care are rolul mamei. După Cecchin, această relație între mamă și toxicoman este singura care rezistă și atunci când acesta părăsește familia. Toxicomanul poate conta fără limite pe mama sa. Poate conta pe aceasta să-i plătească datoriile, să-i găsească medicamentele necesare atunci când are nevoie. Mamele tinerilor heroinomani par să aibă nevoia de a prelungi foarte mult dependența afectivă a copiilor lor. Ele se prezintă foarte apropiate de copiii lor și foarte permisive în legătură cu drogul. Infantilizarea și întârzierea maturizării emoționale la tânărul toxicoman sunt efectele acestei atitudini materne. Mama se pune în poziția de salvator al fiului în raport cu tatăl.

Toxicomanii formează adesea cu părinții sau cu bunicii lor alianțe intergeneraționale foarte puternice. Selvini Palazzoli a încercat să descrie acest tip de atașamente prin termenii de **Imbroglio Relațional și Instigare.** La ce se referă imbroglio relațional? „Unul dintre părinți are o relație privilegiată cu fiul sau cu

fiica. Această relație privilegiată nu este autentică; este vorba despre un pseudo-privilegiu, pentru că în realitate părintele își vizează partenerul conjugal; comportamentul său în raport cu copilul nu este decât un joc pe care cei doi soți și-l întrețin reciproc." (Selvini Palazzoli, 1999, p. 57). Ca urmare, se întâmplă instigarea, adică „unul dintre părinți se prezintă de obicei copilului, la nivel nonverbal, ca o victimă a comportamentului celuilalt părinte." (Selvini Palazzoli, 1999, p. 57). Aceste fenomene descrise de Selvini Palazzoli nu sunt decât capcane care întrețin scenariul atașamentului. Unul dintre părinți se folosește de aceste „manevre transgeneraționale", într-o manieră inconștientă, pentru a se folosi de unul dintre copii contra celuilalt părinte. Simptomele apar la copil, atunci când acesta participă la acest joc.

Separările apar la toxicoman ca fiind foarte dificile. Nu întâmplător episoadele de toxicomanie debutează la vârsta adolescenței, vârstă care este asociată cu o serie de pierderi. Chiar și atunci când este plecat din familie, tânărul toxicoman rămâne atașat acesteia, ceea ce justifică desele lui reîntoarceri.

Cloe Madanes, Joyce Dukes și Henry Harbin au realizat o cercetare pornind de la ipoteza că heroinomanii formează cu părinții lor sau cu substitutele de părinți alianțe care trec dincolo de granițele transgeneraționale, determinând inversiuni în organizarea ierarhică specifică familiei. Ei au adoptat această ipoteză, care este contrară ipotezei tradiționale ce susține că toxicomanii sunt sociopați, orientați predominant către tovarășii de grup. Cercetarea a avut ca punct de plecare date clinice privind familiile cu toxicomani, care indică faptul că aceștia se angajează într-o coaliție importantă cu unul dintre părinți contra celuilalt părinte. Dat fiind că 50% dintre toxicomani proveneau din familii monoparentale, cercetătorii au presupus că triunghiul compus din toxicoman și doi membri ai familiei importanți dintr-o generație anterioară este echivalent triunghiului format din toxicoman și părinții biologici. O schemă tipică s-a desprins în urma observațiilor clinice. Persoana parentală A intră cu toxicomanul într-o alianță ce traversează granițele ce separă generațiile, furnizându-i acestuia bani pentru procurarea drogurilor, împărtășindu-i secretele și protejându-l. Persoana parentală B este critică în raport cu A și cu toxicomanul, dar este blocată în acțiunea sa de alianța celor doi, care este foarte puternică. La un moment dat, B se retrage. Persoana A renunță la poziția de părinte, aliindu-se cu descendentul contra celuilalt părinte.

Se pare că asemănarea între comportamentele celor doi membri ai alianței permite toxicomanului să devină un intermediar între cei doi părinți. Paradoxal, cei doi părinți încep să discute între ei privitor la comportamentul toxicomanului. Toxicomanul capătă putere asupra celor doi. Astfel, pericolul de separare poate fi manevrat de el. Pentru menținerea acestui triunghi, unul dintre părinți trebuie să se alăture toxicomanului, protejându-l și salvându-l.

Consecința unei astfel de „mecanici" relaționale este aceea că consumatorul de drog este pus la același nivel generațional ca și părintele. Astfel, ierarhia familială este inversată.

Acestea sunt ipotezele de la care au plecat cei trei cercetători. Pentru cercetare au fost luate în considerare trei loturi. Un lot format din 18 heroinomani din clase sociale defavorizate, al doilea lot a fost format din 9 familii cu schizofreni și al treilea lot a fost format din 9 familii cu grad de adaptare și integrare socială foarte mari. Grupul cu subiecți foarte bine adaptați a fost ales ca grup de control, iar grupul de familii cu schizofreni a fost ales datorită asemănărilor cu familiile toxicomanilor.

Pe lângă testul Rorschach și testul proverbelor, cercetătorii au folosit un instrument care să le dea reprezentarea clară a ierarhiei familiale. Este vorba despre testul Ierarhiei Familiale, care indică modalitatea în care fiecare membru al familiei percepe ierarhia familială. Reprezentările rezultate din aplicarea acestui test membrilor familiilor loturilor de familii cu schizofreni și a celor cu toxicomani au scos în evidență predispozițiile acestor tipuri de familii la inversiuni ierarhice. A ieșit în evidență faptul că nu există diferențe semnificative între cele trei grupuri de familii în ce privește predispoziția la inversiune ierarhică.

În familiile cu toxicomani, părinții și toxicomanul determină inversiuni ierarhice în care o persoană parentală este plasată deasupra altei persoane parentale în ierarhia familială. Inversiunea se efectuează situând o persoană parentală la nivelul descendenților. Membrii acestor familii sunt implicați în alianțe intergeneraționale. Aceste atașamente apar, adesea, între părinți și membrii fratriei, precum și între părinți și toxicoman, ceea ce indică faptul că toxicomanul, ca membru al fratriei, este implicat în aceste atașamente foarte puternice, dincolo de granițele intergeneraționale.

În familiile cu schizofreni există un mare număr de inversiuni ierarhice. Una dintre persoanele parentale inversează poziția celeilalte persoane în ierarhie și nu propria lor poziție. Lupta pentru putere în ierarhie este aceeași ca în familiile cu toxicomani. Aceste frecvente inversiuni ierarhice indică alianțe intergeneraționale și o luptă pentru „șefie" în acest tip de familie. Reprezentările privind ierarhia familială în familiile cu schizofreni au demonstrat că nu există un număr mare de atașamente intergeneraționale sau de atașamente în aceeași generație.

În familiile cu subiecți cu integrare socială foarte bună există foarte puține inversiuni ierarhice și atașamente intergeneraționale. Niciuna dintre persoanele studiate nu a inversat poziția alteia în ierarhie și nici a ei însăși.

După cum susțin autorii cercetării, studiul nu dorește să demonstreze că o anume organizare familială va duce neapărat la o problemă specifică, cum este toxicomania, ci că toxicomanul este legat de familia sa într-un mod care contribuie la menținerea intoxicației sale.

Concluziile au fost că inversiunile ierarhice şi ataşamentele intergeneraţionale nu trebuie neapărat asociate cu familiile monoparentale şi nici cu căminele perturbate, pentru că acestea apar foarte frecvent şi în familiile cu toxicomani care au ambii părinţi.

1.3. „Cripta şi fantoma" în scenariul de viaţă al toxicomanului

Experienţa clinică cu toxicomani a unor psihoterapeuţi i-a dus la o corelaţie între toxicomanie şi criptă şi fantomă. Ei au identificat adesea în istoria familială a toxicomanilor călătorii, expatrieri, emigrări foarte dureroase, astfel că Drossos lansează ipoteza că toxicomania poate fi consecinţa unui doliu nerealizat de către părinţi în legătură cu familia de origine. „Cripta şi fantoma" au fost descrise de doi psihanalişti freudieni clasici, de origine ungară. Este vorba despre Nicolas Abraham şi Maria Torok. Ei au lucrat pe cazuri de bolnavi care ziceau că fac un lucru sau altul fără să-şi dea seama de ce. De obicei, evenimentele legate de acest doliu funcţionează ca secrete de familie. Sunt lucruri despre care nu se vorbeşte. Un înaintaş deportat, un exil, o emigrare forţată sunt evenimente care nu au lăsat timp celor implicaţi să facă doliul pământului din care au fost expulzaţi.

Un alt doliu nerealizat poate fi în legătură cu o persoană iubită de către toxicoman.

P. Hachet concepe toxicomania ca pe o tentativă nereuşită de vindecare a „criptei şi fantomei". Problema separării şi a doliului la toxicomani este reflectată şi de faptul că vârsta medie de la care un toxicoman începe să consume este de 19 ani, vârstă apropiată de adolescenţă şi de problemele specifice ei, printre care există şi problema separării.

Toxicomanul, ca purtător al „criptei şi fantomei", participă la un scenariu scris în mare parte de înaintaşii lui, fapt de care el nu este conştient. Secretul parental este pus în scenă de purtătorul fantomei, care este toxicomanul. Tot comportamentul său poate fi „o soluţie imaginară la o problemă parentală" (Nachin, apud P. Hachet, 1995, p. 116). Aşadar, toxicomanul are o misiune reparatoare în raport cu unul dintre părinţi sau cu alţi înaintaşi. Putem pune ipoteza lui Hachet în legătură cu scenariul-umbră la care participă toxicomanul, pentru a-i oferi părintelui posibilitatea de a se confrunta încă o dată cu umbra sa (vezi exemplele). Acest rol pe care îl joacă toxicomanul în familia sa este de sacrificiu. El încearcă să se sacrifice inconştient, pentru a pune familia faţă în faţă cu secretele sale, cu Umbra sa, scopul fiind reparator.

Abraham şi Torok vorbesc despre două fenomene specifice „criptei": **demetaforizarea** şi **obiectivarea** (P. Hachet, 1995, p. 106). Demetaforizarea se referă la a lua metafora mot-à-mot, iar obiectivarea se referă la pierderea

obiectului. În cazul toxicomanului, demetaforizarea constă în punerea substanței toxice în corp, ca substitut a ceea ce este pierdut, iar obiectivarea constă în nevoia zilnică de drog. Hachet dă câteva exemple de manifestare a criptei la unii dintre pacienții săi. Aurélie, care și-a pierdut tatăl, este nervoasă de câte ori vine ziua comemorării lui. Christelle a început să ia heroină când a atins vârsta la care mama sa a pierdut o sarcină, vârstă care coincide cu vârsta bunicii sale în momentul în care aceasta și-a pierdut tânărul soț. Sabine a luat pentru prima dată heroină în octombrie, luna în care ea a avut un accident în care a murit unul dintre prietenii săi.

După Nachin (Nachin, 1995), fantasmele de incorporare, legate de criptă, se manifestă în clinică astfel:

- incorporare în legătură cu modul de reprezentare. Este vorba despre lipsa reprezentărilor normale (o pacientă, care și-a pierdut soțul, nu reușește să își reprezinte cadavrul soțului ei în mormânt) sau despre apariția unor unor reprezentări neașteptate, patologice;

- incorporare în legătură cu modul de manifestare a afectelor. Acest tip de incorporare se manifestă prin senzații, sentimente, emoții sau printr-o anestezie afectivă;

- incorporare în legătură cu modul de manifestare a comportamentului. Este vorba despre manifestarea unor conduite incongruente și inexplicabile pentru subiect;

- incorporare în legătură cu o stare corporală. Aceasta se poate manifesta printr-o boală și îndeosebi prin tulburări hepato-digestive.

Toate aceste manifestări ale fantasmelor de incorporare au fost identificate și în clinica toxicomanului. Ele „prelungesc" viața obiectului pierdut al iubirii.

2. Identificarea și evaluarea relațiilor-capcană în familie

2.1. Evaluarea sistemică a familiei

G. Salem spune că este vorba de evaluarea sistemică a familiei și nu de „analiză", fiind vorba de faptul că demersul intelectual al terapeutului pune accentul pe funcționarea globală și sistemică a familiei, mai degrabă decât pe funcționarea fiecărui individ în parte. Aici nu este vorba despre măsurare „cantitativă". Evaluarea nu izolează o singură variabilă și ține cont de combinarea mai multor variabile, pentru a avea o viziune de ansamblu (Seywert, p. 14).

Familia ca și grup trebuie să realizeze o sarcină și procesul interacțional este observat în mod direct. Investigatorul poate fi prezent în sală sau poate observa familia din spatele unei oglinzi.

După Seywert, există 4 categorii de sarcini:

- **grupul familial trebuie să rezolve o problemă.** Investigatorul trebuie să observe şi să evalueze comportamentele membrilor familiei. Există situaţii standardizate legate de situaţii tipice în familie (SIMFAM-Stimulated Family Activity Measurement şi Kvebaek Sculpture Test);
- **familia trebuie să ajungă la luarea unei decizii comune** (decision making tasks). Sarcina nu constă în a rezolva o problemă reală. Li se dă membrilor familiei directiva de a lua o decizie, împreună, în legătură cu o situaţie familială ipotetică, dar posibilă – a plănui ceva împreună (PST), P. Watzlawick. La un moment dat, în timpul unei şedinţe, terapeutul explică membrilor familiei că îi va lăsa singuri timp de 5-10 minute şi le va cere să elaboreze în acest timp un proiect pe care îl pot realiza în familie (de exemplu, de a merge împreună în vacanţă) - Family Interaction Scales-Riskin;
- **familia trebuie să rezolve un conflict.** Grupul familial este confruntat cu o situaţie conflictuală şi este solicitat să găsească o soluţie (Tehnica diferenţelor revelate – RDT). Fiecărui membru al familiei i se cere să completeze un chestionar privind mai multe situaţii familiale problematice, apoi membrii familiei sunt reuniţi şi confruntaţi cu răspunsurile individuale divergente pentru a găsi împreună o soluţie;
- **familia realizează sarcini „naturale"** (naturalistic tasks). Observaţia se face la domiciliul familiei – Super Meal, C.A. Dreyer, A.S. Dreyer (Seywert, 1990, p. 50).

Grupul pentru dezvoltarea psihiatriei (1970) a introdus ideea că în evaluarea globală a familiei ar trebui să se ţină cont de următorii factori:

1. Prezentarea problemei actuale;
2. Compoziţia şi caracteristicile familiei;
3. Istoria familiei de-a lungul a mai multe generaţii;
4. Relaţiile actuale cu familia de origine;
5. Dezvoltarea părinţilor din copilărie la vârsta adultă;
6. Perioada de curte şi de logodnă;
7. Istoria familiei nucleare de la căsătorie până în zilele noastre;
8. Relaţiile familiale actuale;
9. Impresiile diagnostice;
10. Schimbările survenite în timpul tratamentului;
11. Evaluarea finală şi pronosticul;
12. Catamneza.

Epstein şi colaboratorii săi de la Butler Hospital în Providence au pus la punct **un „Mc Master Model", care pune accentul pe 6 dimensiuni majore în funcţionarea familială:**

1. Capacitatea de a rezolva probleme

Identificarea corectă a problemei.

Comunicarea problemei persoanelor care fac parte din familie sau persoanelor care nu fac parte din familie.

Luarea în considerare a soluţiilor alternative disponibile.

Alegerea unui plan de acţiune potrivit.

Punerea în acţiune a planului ales.

Controlul aplicaţiei.

Evaluarea finală a rezultatelor obţinute.

2. Comunicarea

Anchetatorul se centrează pe comunicarea verbală, direct observabilă la nivel afectiv şi instrumental. Comunicarea poate să fie clară şi directă (adecvată şi eficace), clară şi indirectă, mascată şi directă, mascată şi indirectă (mai puţin adecvată şi mai puţin eficace).

3. Rolurile

- funcţii familiale necesare:

- la nivel instrumental – provizie de resurse, obiceiuri;
- la nivel afectiv – satisfacerea nevoilor afective fundamentale, gratificaţia sexuală a adulţilor;
- funcţiuni mixte, integrarea membrilor familiei în diferite faze ale dezvoltării lor, menţinerea şi organizarea sistemului familial.

- roluri specifice: adaptate sau neadaptate (de ex. rolul de ţap ispăşitor).

4. Rezonanţa afectivă

Se referă la capacitatea familiei de a reacţiona la diferiţi stimuli afectivi prin emoţii adecvate sau inadecvate. Această gamă de reacţii afective se compune din emoţii şi sentimente care exprimă o stare de bine şi reacţii emoţionale care pot constitui o descărcare.

5. Angajamentul afectiv

- absenţa angajamentului;
- angajament ce nu implică emoţia;
- investirea narcisică;
- angajamentul empatic;
- supraimplicarea;
- investirea simbiotică.

6. Controlul comportamental

- controlul subtil;

- controlul rigid;
- controlul laissez-faire;
- controlul haotic.

2.2. Evaluarea grupului familial

Evaluarea grupului familial presupune luarea în considerare a unor date privind rețeaua de comunicare și interacțiunile observabile aici și acum, precum și „faptele existențiale" care privesc familia. W. Kinston face distincția între scenariul familial care se derulează sub ochii psihoterapeutului, pe care el îl numește „acțiune de suprafață", și „structura de fond", care se referă la cultură, modele, credințe, loialități, care susțin realitatea fenomenală imediat perceptibilă.

1. Informații în legătură cu maniera de funcționare a familiei: ancheta asupra compoziției și distribuției geografice a familiei. Care sunt membrii familiei nucleare și lărgite implicați în problemele actuale.

1. Membrii familiei nucleare.
2. Membrii familiei lărgite.

2. Observația asupra interacțiunii între membrii familiei prezenți la ședință. Această observație asupra membrilor familiei oferă informații mult mai pertinente decât cele obținute de la un singur membru al familiei. Avem grijă să permitem tuturor membrilor familiei să se exprime și încercăm să identificăm secvențele comportamentale care se repetă.

3. Comunicarea. Stilul comunicațional se dovedește a fi de maximă importanță pentru evaluarea familiei. Numai pe baza explorării diferitelor modalități de comunicare între membrii familiei și a identificării secvențelor repetitive putem descrie constelațiile interrelaționale caracteristice. Nu ne centrăm numai pe structura și semnificația limbajului verbal, ci și pe conduite non-verbale și pe elemente paraverbale, cum ar fi gesturile, atitudinile posturale, controlul distanței, mimicii, râsului și plânsului, suspinelor, inflexiunilor vocii, liniștii, imobilității, absenței reacției.

O atenție deosebită o acordăm evenimentelor neașteptate care intervin în timpul ședințelor. Un sunet de telefon, absența unui membru al familiei.

L. Wynne și L. Kaufmann fac distincția între stilurile comunicaționale:

- **comunicarea funcțională** se caracterizează prin claritatea mesajelor verbale, coerența între verbal și non-verbal, congruența între mesajele diferiților membri, capacitatea de a metacomunica;

- **comunicarea disfuncțională** e caracterizată prin confuzia mesajelor, disonanța între verbal și non-verbal, incongruența între comunicarea diferiților membri, rupturile, răspunsurile în locul celorlalți, mesajele contradictorii, injoncțiunile paradoxale, dublul mesaj.

Climatul afectiv. Legăturile afective sunt cel mai bun garant al coeziunii grupului familial. Este un parametru care merită o atenție specială. Evaluarea acestui parametru se dovedește foarte dificilă, pentru că trebuie luați în considerare un număr foarte complex de factori, cum ar fi aspectele culturale și situaționale, interrelațiile cu alte variabile de evaluare, dificultățile de a cuantifica gama de emoții exprimate și de a „măsura" impactul lor asupra observatorului. Printre altele, Ferreira descrie interdependența climatului afectiv cu anumite comportamente psiho-patologice.

Este artificial să dorești izolarea unei asemenea variabile și măsurarea ei în mod obiectiv.

Miturile familiale. Gradul de congruență între mitologie și realitate. Toți autorii subliniază acțiunea stabilizantă a miturilor pentru familie. Originea mitului se pierde adesea într-un trecut familial îndepărtat. Stierlin distinge între miturile care acordă familiei o dimensiune neconflictuală, miturile de deculpabilizare și de reparație, care implică țapul ispășitor.

Rețeaua de reguli. Ipoteza transgenerațională, pe baza observației și anchetei. Toată familia este condusă de un ansamblu de reguli care îi sunt proprii și care delimitează repertoriul de comportamente. Regulile tacit respectate de toți membrii pot fi deduse de investigator plecând de la observațiile anumitor secvențe interacționale repetitive.

Pragul de toleranță pe care îl are familia față de probleme și tensiuni.

Evaluarea familiilor și formularea de ipoteze. F. Seywert publică în volumul lui, „L'évaluation systemique de la famille", o grilă de evaluare sistemică a familiei. În evaluarea familiilor cu care am lucrat, am plecat de la grila lui Seywert, centrându-mă pe **tipul de comunicare**, pe **organizarea inter-individuală** (roluri, granițe, alianțe sau coaliții, rețea de reguli) și pe **dinamica familială** (identificarea zonelor de tensiuni și echilibru: identificarea și localizarea conflictelor, strategiile de control al conflictelor, problemele care generează conflictele; gradul de toleranță la schimbări: schimbări legate de ciclurile vieții, stres generat de evenimente imprevizibile, modificări generate

de condițiile socio-economice). Pentru ca observația să fie posibilă, am adus familia în situația de a rezolva împreună o sarcină (de a construi ceva cu niște cutii de chibrituri, de exemplu), de a rezolva o problemă fictivă sau reală sau am provocat conflictul pentru care au apelat la terapeut. În acest sens, foarte util este **diagnosticul experiențial**, care presupune evaluarea familiei pe măsură ce intervenția terapeutică se desfășoară (Iolanda Mitrofan, 2004, 2006).

Genograma familială, semnalizator al relațiilor-capcană

Genograma sau genosociograma, cum preferă să o numească Ancelin Schützenberger (1993, p. 14), a fost dezvoltată ca tehnică de Henry Colomb, având la bază ideile lui Moreno. Ea permite o reprezentare sociometrică (afectivă), conținând nume, locuri, date, repere, legături și pricipalele evenimente de viață (nașteri, nunți, decese, boli, accidente etc. (Schützenberger, 1993, p. 14).

Genograma familială permite terapeutului să gândească într-o manieră sistemică relațiile și evenimentele din viața pacienților lor. Ea face parte dintr-o evaluare sistemică globală, furnizând un rezumat clinic și eficace prin care terapeutul poate avea acces la informații asupra unui caz cu care nu este familiarizat (McGoldrick, 1990, p. 20). Informația structurală, relațională, funcțională a familiei poate fi citită orizontal, în context familial, și vertical, de-a lungul generațiilor. Pe baza acestor informații se pot formula ipoteze în legătură cu dinamica familială și în legătură cu modalitățile de intervenție terapeutică, pentru că examinarea contextului familial actual permite clinicianului să stabilească legăturile care există între membrii familiei implicați direct în drama familială și ceilalți membri ai sistemului familial. Genograma familială poate aduce în prim plan informații pe care un chestionar sau un protocol le pot trece cu vederea. Ea oferă un tablou al evenimentelor care au avut loc într-o familie pe cel puțin trei generații. Reprezintă, astfel, o modalitate de a identifica mecanismele repetitive în dinamica familială, de a lua contact cu partea de Umbră a familiei, teme, mituri care întrețin relațiile-capcană și scenariile-capcană. Rememorarea evenimentelor și schemelor de viață ale familiei în cauză poate avea „o semnificație recurentă asupra tratamentului familial în curs". Genograma rămâne un instrument subiectiv de interpretare, cu ajutorul căruia terapeutul poate emite ipoteze în vederea unei evaluări sistemice ulterioare (McGoldrick, 1990, p. 20). În urma construcției genogramei, configurațiile relaționale fiind clare, se pot emite ipoteze în legătură cu relațiile-capcană și scenariile-capcană care le conțin.

Construcția unei genograme nu se oprește la desenarea unei scheme. După construirea ei se cer **informații de tip demografic** (vârstă, naștere și deces, ocupație profesională, loc unde trăiesc, nivel de educație), **informații de tip funcțional** (funcționarea medicală, emoțională și comportamentală a

fiecăruia dintre membrii familiei), **informații privind evenimentele critice** (schimbări importante, migrații, eșecuri și reușite).

O altă etapă în construcția unei genograme constă în delimitarea relațiilor familiale (McGoldrick, 1990, p. 39). Acest lucru se poate face prin observații directe și pe baza mărturisirilor membrilor familiei.

Ședința de elaborare a unei genograme. Informațiile necesare construirii unei genograme se pot obține prin contactul cu unul sau mai mulți membri ai familiei. McGoldrick vorbește de efectul Rashomon (nume dat după un celebru film japonez, în care un eveniment este prezentat din mai multe unghiuri, așa cum a fost el trăit de mai multe persoane). Discuțiile cu mai mulți membri ai familiei dau posibilitatea de a compara diferitele puncte de vedere și de a observa interacțiunile. Ceea ce este important, spune Schützenberger, este modalitatea în care autorul acestui arbore „fantasmatic" (pentru că genograma nu reprezintă o cercetare genealogică obiectivă) percepe personajele și legăturile dintre ele (1999, p. 89). Stabilirea legăturilor probabile între evenimente, fapte, date, situații poate duce la depistarea unor repetiții (coincidența datelor sau vârstelor), care pot avea legătură cu patologia de transmisie transgenerațională și, implicit, cu întreținerea relațiilor-capcană. Așadar, unul dintre obiectivele genogramei este punerea în evidență a proceselor și a fenomenelor de transmisie transgenerațională (loialitatea familială, sindromul de aniversare etc.).

3. Toxicomanul și familia sa în scenariul terapeutului

Evaluarea calitativă a familiilor de toxicomani cu care am lucrat mi-a permis surprinderea unor aspecte ale dinamicii relațiilor-capcană și scenariilor-capcană într-o astfel de familie. După cum am menționat în capitolul anterior, în cazul toxicomaniei, scenariul-capcană social este foarte important. El poate anula scenariul familial, punând în pericol integritatea familiei. Ferreira vorbește despre două mituri familiale foarte importante, care pot fi identificate și în familia toxicomanului. Este vorba despre mitul familiei ideale și despre mitul marginalizării. Scenariul-capcană social, în care rolul principal este al toxicomanului, poate pune în pericol mitul familiei ideale, dar se poate suprapune peste mitul marginalizării.

Importantă pentru surprinderea dinamicii scenariilor-capcană în familia toxicomanului este faza în care se află aceasta. Am identificat două faze importante în identificarea și evaluarea relațiilor-capcană în familie: faza de tragedizare și faza de presiune a schimbării.

Un alt obstacol în progresul terapiei poate fi scenariul de viață al terapeutului, precum și fidelitatea față de un anumit sistem terapeutic.

- **Faza de tragedizare**

Fenomenul „tragedizării" este tipic în faza imediată aflării veştii că fiul sau fiica consumă droguri. Pentru că familia funcţionează ca un sistem, această capcană a tragedizării îi poate înghiţi nu numai pe părinţi, ci toată familia. „Nu mă mai pot ocupa de serviciu. Mi-e teamă că o să-mi pierd postul. Nu mai am chef să fac nimic. Nici eu şi nici soţul. Nu îmi pot reveni." Acesta este unul din momentele în care părinţii se prezintă la un specialist, fie el din domeniul dezintoxicării, psihiatriei sau psihoterapiei. Ei vin sau nu însoţiţi de copiii lor. Ce ar fi de făcut într-o asemenea situaţie? Dacă starea de dependenţă este instalată, bineînţeles, primul pas este dezintoxicarea. Este simplu! Însă, persoana dependentă este ea de acord cu dezintoxicarea? Doreşte ea să se lase de consumul de droguri? Părinţii care au trecut prin această situaţie ştiu foarte bine că, dacă fiul sau fiica lor nu îşi doresc dezintoxicarea, recăderea se va întâmpla imediat după ieşirea din secţia de dezintoxicare sau, în paralel cu tratamentul ambulatoriu pentru suport, pe perioada dezintoxicării, se întâmplă şi consumul de droguri. Aşadar, toxicomanul se poate afla în stadiul pe care cei doi specialişti în toxicomanie, Prochaska şi DiClemente, îl numesc de precontemplare. Este vorba despre acel stadiu în care consumatorul de drog nu consideră că consumul ar fi o problemă pentru el. El găseşte tot felul de raţionalizări pentru a-şi justifica comportamentul. Drogul îi oferă numai avantaje. „Este modul meu de a mă distra." „Mă ajută să mă simt bine şi nu există nimic care să mă facă să mă simt bine atât de repede. Altfel mă plictisesc. Toţi prietenii mei consumă." Acestea sunt justificări tipice pentru această **fază de precontemplare**. În acest stadiu, un rol foarte important îl poate avea psihoterapeutul, care poate lucra cu toxicomanul pe sistemul de motivare, având suportul părintelui. Pentru a renunţa din proprie iniţiativă la consumul de droguri, persoana dependentă are nevoie de motivare. Acesta este unul dintre momentele în care terapeutul se poate manifesta în cadrul **triunghiului toxicoman – părinte - terapeut**. Părintele care a depăşit faza de „tragedizare" poate acorda suport fiului sau fiicei aflat(ă) în situaţie de criză. Părintele care nu a depăşit faza de tragedizare şi care nu a reuşit să accepte situaţia poate sabota munca psihoterapeutului, întreţinând comportamentul de consum. Reproşurile, suspiciunea, atitudinea moralizatoare, în general, pot menţine dependenţa.

În situaţii de criză confuzia comunicării creşte, iar relaţiile-capcană ies la suprafaţă. Aşadar, faza de tragedizare este un moment foarte bun pentru a identifica şi a evalua relaţiile-capcană într-o familie.

Fiind vorba despre o situaţie de criză, poate ieşi, în mod clar, în evidenţă modul în care familia face faţă situaţiilor de criză. Mă refer la strategii de a face faţă şi la reacţii în legătură cu transgresarea regulilor familiale. Specifică pentru familiile aflate în această situaţie este senzaţia că nu există

ieşire. În cabinet intră părinţii şi „problema". De obicei „problema" nu are nimic de spus. În aceste condiţii se întâmplă ceea ce aş numi fenomenul „vieţi paralele". Fiecare membru al familiei vorbeşte pentru el, în paralel. Strategiile de a aborda situaţia de criză sunt întemeiate tot pe mitul familiei. Acesta poate fi mai important decât recuperarea persoanei dependente. Am întâlnit familii în care mitul familiei ideale este foarte important. **În aceste familii centrarea este pe imaginea familiei şi nu pe recuperarea toxicomanului.** În acest caz capcana este foarte puternică, pentru că atunci când persoana dependentă nu îşi mai găseşte locul în scenariul familial există un mare risc de eliminare a acesteia. „Mai bine pleacă, să nu mai ştiu de el."

O altă reacţie tipică în faza de tragedizare este căutarea reţetelor. Există familii care nu au strategii propriu-zise de a face faţă problemelor cu care se confruntă. Sunt acele familii care caută reţete în curtea vecinilor, în mass-media sau în „gura satului". După părerea noastră, căutarea reţetelor de astfel de familii confirmă funcţionarea mitului „Nu este momentul să creşti!".

- **Faza de presiune a schimbării şi comunicarea paradoxală în familia toxicomanului**

Relaţiile-capcană generate de presiunea schimbării în familia toxicomanului în perioada postdezintoxicare reprezintă numai un aspect al scenariilor-capcană care se derulează în acest tip de familie.

„Nu vrem să mai avem niciun fel de probleme. Nu este momentul să creşti! A creşte înseamnă să ai probleme."

Acest scenariu există dintotdeauna în unele dintre familiile toxicomanilor pe care i-am întâlnit. **El este asociat cu presiunea schimbării, fenomen identificat, în perioada postdezintoxicare, în familia toxicomanului.**

În experienţa noastră cu familiile cu toxicomani, am identificat faptul că momentul recăderii toxicomanului este asociat cu ceea ce am numit presiunea schimbării. **Presiunea schimbării se referă la toţi acei factori care forţează, într-un fel sau altul, schimbarea, fără a ţine seama de ritmul individului.** Este vorba despre un fenomen frecvent în ciclul recuperării toxicomanului şi poate declanşa o adevărată criză atât persoanei dependente, cât şi familiei din care face parte. Această criză se poate asocia cu recăderea, pentru că presiunea poate fi atât de puternică, încât cedarea se întâmplă spontan.

La ce se referă această presiune a schimbării? Fiecare individ are ritmul lui de schimbare, de evoluţie, de asimilare. Nu poţi impune unei persoane propriul tău ritm şi nu îi poţi atribui propriile tale nevoi. Nici ca părinte nu poţi cere copilului tău să adopte ritmul tău şi nu îi poţi cere să adopte nevoile tale. Ne-am întâlnit destul de des cu situaţia în care părintele îl însoţeşte pe copilul

său la cabinet şi vorbeşte în locul acestuia. Acest părinte se comportă ca şi cum nevoile sale ar fi nevoile copilului său. Atunci când acest lucru se întâmplă, persoana al cărei ritm este ignorat poate avea senzaţia că nu este acceptată aşa cum este, cu ritmul şi nevoile sale. Nevoia de a fi acceptat este una dintre principalele nevoi ale unei persoane care face eforturi pentru a depăşi o criză, iar această persoană poate fi toxicomanul în perioada postdezintoxicare.

În „euforia" generată de faptul că copilul lui a întrerupt consumul de drog, părintele începe să aibă aşteptări nerealiste în raport cu acesta, uitând că nu se poate renunţa la un stil de viaţă peste noapte. Aceste aşteptări nereale pun în umbră nevoile reale ale persoanei dependente. Părintele aşteaptă ca fiul lui să îşi ia toate restanţele, cu toate că el se află, încă, în perioada de recuperare. Alt părinte aşteaptă ca fiul lui să fie tot aşa de liniştit cum era când era copil sau aşteaptă ca fiul lui să nu mai aibă niciun secret în raport cu el. Nevoia de a fi acceptat aşa cum este, nevoia de suport şi înţelegere, nevoia de intimitate, nevoia de a i se arăta, din nou, încredere sunt nevoi ale tânărului toxicoman în raport cu care părintele nu este receptiv atunci când el este centrat pe „planul" pe care îl are pentru fiul său şi nu pe ritmul şi nevoile acestuia.

Am întâlnit mulţi părinţi care spuneau că ar face orice pentru ca fiul lor toxicoman să fie bine. Dar ce însemna acest „orice"? Acupunctură, o excursie la munte, bani... Acest „orice" pe care l-ar face părintele pentru copilul lui are legătură cu nevoile reale ale acestuia? Are legătură, de exemplu, cu nevoia de a fi respectat? Nevoia de a fi respectat ca fiinţă umană este o nevoie reală a persoanei dependente care încearcă să se reintegreze şi această nevoie există, în special, în raport cu persoanele apropiate. Este foarte adevărat că „inconfortul" părinţilor aflaţi în această situaţie este maxim, dar „împiedicarea" în acest inconfort scade receptivitatea în raport cu nevoile reale ale tânărului dependent. Acţiunile unora dintre părinţii aflaţi în această situaţie se pot traduce aşa: „Am nevoie ca toate lucrurile să fie aşa cum au mai fost. Am nevoie de siguranţă şi de previzibil. Am nevoie să ştiu că nu o să mai faci nimic care să mă scoată din ale mele. Nu trebuie să mai ai nicio problemă." Cu alte cuvinte, „Nu este momentul sa creşti!"

Aşadar, presiunea schimbării se întâmplă la graniţa între nevoile reale ale persoanei dependente şi nevoile celor care fac parte din mediul său de viaţă. Pe de o parte, există nevoia tânărului dependent de a fi tratat ca o persoană capabilă să-şi schimbe stilul de viaţă, de a fi tratat cu încredere şi respect, iar pe de altă parte există nevoia de securitate a părinţilor. Nevoia de securitate a părinţilor este corelată cu nevoia de control, cu nevoia de a şti că totul va fi aşa cum trebuie... Tensiunea generată de **presiunea schimbării** poate determina **reacţii tipice** ale părinţilor aflaţi în această situaţie. Una dintre reacţiile lor tipice se traduce printr-o **atitudine paradoxală: tendinţa de „a şterge cu buretele" experienţa legată de consumul de droguri** (ţine de incapacitatea de a-şi asuma această experienţă) şi **tendinţa de a-l trata pe**

tânărul dependent ca şi cum ar consuma în continuare. Această atitudine paradoxală generează o comunicare paradoxală, adică îi pune pe membrii familiei în situaţia de a intra în **relaţii-capcană**. Pe de o parte, părintele îi cere fiului său să uite peste noapte că a fost toxicoman, iar pe de altă parte, îl tratează ca şi cum ar consuma în continuare. E ca şi cum i s-ar spune: „Da. Ce a fost a fost, dar, ia să văd, astăzi ai consumat? Ai ceva în buzunare?". Mulţi dintre toxicomani au această experienţă în perioada de dezintoxicare. **Comunicarea paradoxală implică un dublu mesaj** şi îi obligă pe membrii familiei să intre în relaţii-capcană. Unele familii cu toxicomani au „tradiţie" în folosirea comunicării paradoxale şi relaţiile-capcană pe care le generează acest tip de comunicare se transmit din generaţie în generaţie, atât timp cât nu vor fi conştientizate. **Tendinţa de a comunica paradoxal creşte mai ales în situaţii de criză şi apare şi în familii care nu au „tradiţie" în a comunica în acest mod.** Perioada în care persoana dependentă trece de la statutul de consumator la statutul de neconsumator este o situaţie de criză în familie, situaţie în care comunicarea paradoxală se intensifică datorită presiunii schimbării.

Trecerea de la statutul de consumator la statutul de neconsumator. Şi părintele, ca şi tânărul dependent, are nevoie de timp pentru a-şi recăpăta încrederea în fiul lui şi pentru a se obişnui cu noul statut al acestuia, statutul de persoană care nu mai consumă. Aşa apare reacţia paradoxală. Este conştient că fiul lui nu mai consumă, dar se comportă ca şi cum acesta ar consuma în continuare. Pe de altă parte, tânărul care a renunţat la consumul de droguri se aşteaptă să fie tratat ca atare. „Dacă nu mai consum, mă aştept ca ceilalţi să nu mă mai trateze ca pe o persoană dependentă şi nici ca pe o persoană care nu a avut niciodată de-a face cu drogurile. Aştept să fiu tratat ca o persoană care a depăşit o perioadă critică." Tânărul încearcă să îşi descopere noi interese, încearcă să fie integrat într-un alt mod în familie şi în societate. Toate aceste nevoi şi aşteptări necomunicate nici de copii şi nici de părinţi se traduc printr-o mare tensiune şi confuzie. Tensiunea şi confuzia pot fi evitate în momentul în care fiecare dintre cei implicaţi devin conştienţi în legătură cu ceea ce aşteaptă fiecare de la celălalt. În triunghiul toxicoman–părinte–psihoterapeut, psihoterapeutul poate servi ca un fel de geam prin care tânărul toxicoman şi părintele lui să se vadă aşa cum sunt ei, cu ritmul lor, cu nevoile lor, cu aşteptările lor. La un moment dat, suspiciunea părintelui poate deveni atât de insuportabilă încât persoana dependentă să se hotărască să plece de acasă sau să recadă. Reacţia lor este următoarea: „O să mă duc să iau din nou o bilă, ca să le arăt că sunt drogat, aşa cum mă cred ei." Şi, uneori, mulţi dintre aceşti tineri chiar o fac. Manifestarea suspiciunii şi neîncrederii este legată de o anumită tendinţă către „detectivism" a părinţilor în această perioadă.

Presiunea schimbării este asociată cu recăderea. Recăderea se poate întâmpla brusc, în aparenţă, după o perioadă mai mică sau mai mare de

abstinență. Factorii exteriori cu care se poate asocia recăderea sunt mulți. Întâlnirea cu un prieten de consum, întâlnirea cu iubita care încă mai consumă, lipsa unei ocupații... Da. Acești factori exteriori pot avea un rol foarte important, dar numai în combinație cu presiunea schimbării. Atunci când presiunea schimbării este foarte puternică, se întâmplă recăderea. Chiar și atunci când tânărul merge la psihoterapeut, riscul recăderii există, pentru că acest tânăr nu este pregătit să facă față unei presiuni atât de puternice.

Acest fenomen, pe care l-am denumit presiunea schimbării, a fost identificat în urma unor observații făcute pe mai multe familii cu toxicomani. El se întâmplă la granița între nevoile fostului toxicoman și nevoile celorlalți membri ai familiei și se referă la toți acei factori care forțează, într-un fel sau altul, schimbarea, fără a ține seama de ritmul individului. Ce este specific pentru familia aflată în această fază? În urma provocării conflictului am identificat că zona de tensiune și conflict se află în acest punct, pe care l-am numit granița între nevoile individului și nevoile celorlați membri ai familiei. De obicei, acelui membru al familiei, care este considerat a fi problema, i se ignoră propriile nevoi.

Comunicarea disfuncțională, confuzia rolurilor, granițele difuze (nevoile mele sunt și ale tale) se pot observa încă de la primele ședințe cu o astfel de familie. Multora dintre membrii familiilor cu care am lucrat li s-a părut ciudat atunci când au fost puși în situația de a face ceva împreună. „Comunicarea" între membrii acestui tip de familie dă impresia expunerii unor vieți care se desfășoară în paralel.

Triunghiul toxicoman – părinte – terapeut și presiunea schimbării. Iluzia schimbării pe care o are părintele toxicomanului este adusă și în cabinetul terapeutului. Majoritatea părinților consideră că numai persoana care are o problemă, așadar tânărul dependent, trebuie să schimbe ceva la el. „El este problema, el trebuie să meargă la psihoterapeut ca să se facă bine. Noi nu am avut niciodată probleme de genul acesta în familie. Am terminat facultatea cu 10, am fost olimpic la matematică. Am avut performanțe, domnule! El nu știe nici măcar pe ce lume trăiește." Acesta este scenariul părintelui. Bineînțeles că un părinte care are această atitudine nu o să accepte niciodată că, pentru a rezolva o astfel de problemă, este necesară implicarea tuturor membrilor familiei. Prin acest mod de a vedea lucrurile, statutul de „corp străin" pe care îl poate căpăta tânărul toxicoman este garantat. Astfel, comportamentul dependent poate fi întreținut și munca psihoterapeutului sabotată.

Experiența noastră psihoterapeutică ne-a demonstrat că este o iluzie să-ți imaginezi că se poate obține schimbarea lucrând numai cu tânărul dependent. Persoanele cu care acesta este în relație sunt foarte importante din punct de vedere al schimbării comportamentului lui și toate participă la același scenariu

familial. Atât timp cât el interacţionează cu aceste persoane şi ele folosesc acelaşi tip de relaţionare, tânărul toxicoman îşi va menţine comportamentul obişnuit în afara spaţiului terapeutic. De ce? Dacă el este implicat într-o comunicare paradoxală cu părinţii lui, odată întors în spaţiul familial va intra în această comunicare paradoxală cu aceştia, indiferent de ceea ce s-a întâmplat în spaţiul psihoterapeutic. Presiunea schimbării va funcţiona în continuare. Responsabilitatea relaţiei nu aparţine niciodată numai uneia dintre persoanele implicate. Pentru ca problema tânărului dependent să poată fi rezolvată este necesar ca părintele să se integreze triunghiului toxicoman – părinte – terapeut, acceptând că schimbarea nu poate să cadă doar pe umerii tânărului toxicoman. Altfel, este vorba despre o falsă schimbare. În acest fel, părintele îl susţine pe psihoterapeut în demersul său, iar în raport cu tânărul dependent el poate funcţiona, după cum am mai spus, ca oglindă, însoţindu-l în căutarea lui şi schimbându-se odată cu el.

Conştientizarea scenariilor la care participă toţi membri familiei este foarte importantă pentru ca triunghiul toxicoman – părinte – psihoterapeut să funcţioneze. În cazul presiunii schimbării este foarte important scenariul „Acum nu este momentul sa creşti!"", scenariu care implică, bineînţeles, paradoxul, pentru că tânărului toxicoman i se cere să se schimbe şi în acelaşi timp să stagneze, să fie conştientizat.

Motivaţia exterioară, falsa motivaţie şi recăderea. Sunt situaţii în care ceea ce îl determină pe toxicoman să decidă renunţarea la consum şi să caute ajutor este un eveniment din viaţa lui. Supradoza unui „prieten" de consum, lipsa banilor, părinţii care nu mai vor să-i acorde adăpost sau bani, ameninţarea cu părăsirea din partea iubitei. Acestea ţin, într-adevăr, de o motivaţie exterioară, dar în acest stadiu îl pot ajuta pe consumatorul de drog să se decidă să renunţe. Aceasta este o altă situaţie în care el se poate prezenta la un specialist. Poate veni însoţit de părinţi, cu alte rude, cu un prieten, cu iubita sau singur. **Caracteristic pentru această fază, pe care Prochaska şi DiClemente o numesc de contemplare, este acceptarea faptului că dependenţa a devenit o problemă.** De multe ori însă, această acceptare a faptului că există o problemă în legătură cu consumul de droguri este numai un rezultat al constrângerii de către exterior. De multe ori consumatorul de drog nu este convins că are o problemă. El ajunge şi la dezintoxicare, dar fără să fie convins că ar avea o problemă. Bineînţeles, în acest caz recăderea bate la uşă. „Dacă ai sta singur, ai avea bani şi nu te-ar bătea nimeni la cap ai consuma în continuare?" La această întrebare mulţi dintre cei care, iniţial, veniseră cu ideea că trebuie să renunţe la consum răspund afirmativ. În acest caz este vorba, aşadar, de o falsă motivaţie. În această situaţie e conştient, oare, părintele că renunţarea la dependenţă nu se poate face peste noapte? Sunt frecvente cazurile în care părintelui îi place să creadă că după o

săptămână de psihoterapie sau după o săptămână de dezintoxicare dependența a dispărut. Așadar, acel **lanț abstinență – recădere**, cu care ne-am întâlnit des în experiența noastră, este întreținut de o falsă motivație. **Motivația reală nu se poate căpăta decât în momentul în care consumatorul de drog admite că dependența de drog a devenit o problemă pentru el.** Așadar, părintele ar trebui să fie conștient de faptul că o motivație reală nu se poate obține de azi pe mâine.

- **Faza acțiunii, faza menținerii și schimbarea comportamentului**

Momentul în care toxicomanul a admis că are o problemă este un moment-cheie. El poate ajunge să admită acest lucru după o anumită perioadă de consum sau după o anumită experiență de abstinență - recădere. Apare un moment în istoria unui consumator de drog în care conflictele și inconfortul legate de consum sunt prea mari. Acesta este momentul în care el acționează. De altfel, Prochaska și DiClemente numesc această fază **faza acțiunii.** El ia decizia să-și schimbe comportamentul. În perioada postdezintoxicare există o centrare pe **explorarea comportamentului de consum** (importanța ritualismului în consum, importanța stilului de viață în consum, importanța sistemului de relații în consum). În această perioadă, persoana dependentă poate învăța cum să facă față situațiilor de risc crescut (situații în care ar putea relua consumul de drog), poate explora propriile nevoi și poate deveni receptivă la nevoile altora, își poate descoperi noi interese și modalități de a-și petrece timpul liber și își poate descoperi o orientare profesională. Redescoperirea „lucrurilor simple" se poate întâmpla tot în această fază și familia ar putea sprijini această redescoperire. Atunci când spunem „lucruri simple" ne referim la lucruri pe care părinții și alți membri ai familiei le pot face împreună cu tânărul toxicoman și care ar putea reformula relația între el și ceilalți membri ai familiei. Însărcinarea tânărului cu mici responsabilități care țin de gospodărie ar fi unul dintre aceste lucruri simple. Toate aceste activități pe care tânărul dependent le-ar realiza împreună cu familia ar putea cataliza refacerea relațiilor familiale. Activitățile inițiate în faza de acțiune pot fi consolidate în **faza de menținere** (Prochaska și DiClemente). În aceste două faze părinții trebuie să dea dovadă de o mare flexibilitate. Fiindcă tânărul dependent este într-o perioadă de căutare, de explorare a noi interese și nevoi care ar putea sta la baza modificării stilului său de viață, părintele ar putea fi o oglindă a acestuia, oferind suport, curiozitate și acceptare. Flexibilitatea se referă tocmai la această însoțire a tânărului dependent în căutarea lui. A fi flexibil poate fi dovada creșterii receptivității în raport cu nevoile propriului copil. Poți fi, însă, receptiv la nevoile altuia numai dacă știi să fii receptiv la nevoile tale. Din experiența noastră, putem spune că puțini părinți pot face acest lucru. Psihoterapeutul poate fi „activat" și în acest caz în cadrul triunghiului toxicoman

– părinte – psihoterapeut. Părintele poate învăța împreună cu el cum să fie receptiv la propriile nevoi, pentru a putea fi receptiv și la nevoile celuilalt.

În concluzie, iată câteva caracteristici ale familiei toxicomanului:

- Nu există roluri clare în sistemul familial.
- Consumul de droguri are funcția de a menține familia unită.
- În familiile în care consumatorul de drog este un adolescent, acesta are o relație de dependență cu părintele de sex opus.
- Atunci când există doi parteneri care consumă drog, de cele mai multe ori părinții unuia dintre ei îl acuză pe partenerul copilului lor, deși relația a debutat înainte de consumul de droguri.
- Conflictele profunde din familie sunt evitate cu ajutorul consumului de droguri.
- Renunțarea consumatorului de drog la drog poate genera în familie conflicte la toate nivelurile.
- Stanton (1979) a observat că în familiile cu un fiu consumator de drog, tatăl este de obicei slab și ineficient. Tatăl și fiul care este consumator de drog au, de cele mai multe ori, o relație foarte slabă, tatăl fiind retras (tată absent).
- Stanton (1977) descrie rolul neobișnuit pe care îl poate juca toxicomanul în a ajuta familia să își mențină stabilitatea.

4. Abordarea psihoterapeutică a familiei toxicomanului

Scopul implicării familiei în tratamentul consumatorului de drog este acela de a identifica acele pattern-uri care funcționează în sistemul familial și care subminează încercarea toxicomanului de a-și schimba comportamentul. Este recunoscută semnificația implicării familiei în menținerea dependenței. Prima etapă este distragerea familiei de la altfel de conflicte și a doua este evitarea separării de familie.

4.1. Un model de tratament

Gerald Benett (1989) propune un model de abordare psihoterapeutică a toxicomanului, care folosește elemente de terapie strategică și structurală de familie. Terapia structurală se bazează pe ierarhia existentă în familie. O familie cu un tată slab sau absent va prezenta un dezechilibru. Cel mai important obiectiv al terapeutului ar fi acela de a identifica dezechilibrul și de a interveni în funcție de el. De exemplu, în cazul familiei cu tatăl slab, terapeutul poate interveni în sensul accentuării importanței acestuia în familie.

Terapia strategică de familie este preocupată, mai mult decât terapia structurală de familie, de modalitatea în care oamenii se schimbă. Există mulți terapeuți care au participat la dezvoltarea acestei terapii, însă Haley este cel care a aplicat acest tip de terapie în lucrul cu familiile toxicomanilor. Dependența de drog este văzută ca un simptom care menține homeostazia sistemului familial. Acest simptom este văzut ca fiind modalitatea familiei de a evita schimbarea. Se creează un cerc vicios, cum spune Haley. Intervenția terapeutului este legată de întreruperea acestui cerc vicios, în așa fel încât familia să se reorganizeze.

Experiența terapeuților cu consumatorii de drog întărește ideea că aceștia sunt foarte dependenți de familia lor, iar mecanismele după care funcționează familia sunt foarte importante în menținerea consumului de droguri. Consumatorii de drog resping ideea de responsabilitate. Terapeuții leagă comportamentul de consum de incapacitatea consumatorului de a se dezlega de familie. Pentru membrii familiei, consumul de droguri are funcția de a îndepărta sistemul familial de la realele conflicte. Perioadele în care tinerii unei familii se pregătesc să părăsească familia sau se implică în relații intime sunt perioade de stres maxim.

Momentul în care consumatorul de drog s-a hotărât să părăsească familia coincide cu debutul unor comportamente care, uneori, pot fi considerate deviante. Este vorba despre consumul de droguri sau despre acte delincvente. Acest tip de comportament are rolul de a aduna familia împreună pentru a depăși momentul. Toți membrii familiei participă la ajutarea celui care are problema. Drogul îi menține pe membrii familiei într-o relație de interdependență. Atât consumatorul de drog, cât și ceilalți membri ai familiei sunt blocați în acest cerc vicios. Drogul îi permite, celui care îl consumă, să trăiască acea separare de care are nevoie. Se manifestă, astfel, acea dinamică între nevoia de creștere și deturnarea de la creștere. Nevoia de creștere îl poate determina pe toxicoman să se separe de familie într-un mod și într-un un moment care pot favoriza manifestarea deturnării de la creștere.

Terapia propriu-zisă:

- angajarea familiei în tratarea consumatorului de drog;
- este foarte important ca înainte de angaja familia în tratament să se primească acordul toxicomanului;
- se fixează o întâlnire cu întreaga familie;
- este foarte important ca terapeutul să telefoneze părinților atunci când consumatorul este de față.

Indivizii care trăiesc cu familia lor de origine sunt de cele mai multe ori nepregătiți să implice familia în terapie. În acest caz, consumatorul încearcă să îl convingă pe terapeut că nimeni din familie nu știe că el consumă.

Evaluarea. Tehnicile de evaluare propuse de Benett (Benett, 1998, p. 54) vizează, în primul rând, identificarea celei mai importante relații a consumatorului de drog, detalii și proceduri legate de tratament, debutul consumului de drog, calea administrării drogului, modalitatea prin care consumul de drog a devenit o obișnuință.

Ședința de terapie trebuie să fie pentru client un loc unde să poată discuta cu încredere aceste probleme. Terapeutul trebuie să observe și să identifice orice element care poate da informații în legătură cu relația client–familie. Folosirea genogramei familiale poate da la iveală mecanisme legate de consumul de droguri, care se repetă în familia toxicomanului.

Începutul terapiei. La început, Benett se centrează pe gradul în care familia este afectată de consumul de droguri.

Sarcinile. În familiile cu un consumator de drog este important să se lucreze pe relația acestuia cu părintele de același sex. Trebuie negociate sarcini specifice cu care să fie de acord amândoi. Este necesar ca în această fază terapeutul să se ocupe de părintele de sex opus, a cărui anxietate de excludere poate crește foarte mult.

Faza de criză. Următoarea fază a tratamentului este caracterizată de o schimbare în statutul consumatorului de drog în raport cu consumul de drog. Consumatorul de drog se poate dezintoxica acasă sau într-un centru de dezintoxicare. Adesea, această schimbare este însoțită de o criză familială care poate însemna o declanșare a conflictului marital, poate genera o problemă la un alt membru al familiei sau, în mod ironic, poate fi momentul în care familia să-și înlăture copilul de acasă. Funcția principală a unei astfel de crize este aceea de a submina eforturile pe care le face consumatorul pentru a se separa. Acesta este un stadiu foarte important în care consumatorul de drog are nevoie de suport din partea familiei. Atunci când toxicomanul se apropie de o viață normală, stabilitatea familiei poate fi clătinată. Criza cel mai des întâlnită se referă la relația maritală. Odată ce toxicomanul a intrat la dezintoxicare, părinții încep să arunce vina unul pe celălalt și, la un moment dat, se trezesc vorbind despre divorț. În acest moment toxicomanul devine conștient despre faptul că familia sa este pe cale să se dezintegreze. Următorul pas este recăderea, pentru a le îndepărta părinților atenția de la problema lor. Criza este un punct crucial în tratament. Terapeutul a anticipat această criză. Tot ceea ce are el de făcut este să asiste familia în așa fel încât aceasta să treacă peste criză fără ca progresul toxicomanului să fie sabotat. Scopul este acela de a încuraja consumatorul să se separe de criză, iar pe părinți să asigure suport toxicomanului, ajutându-l să continue să își mențină independența.

Intervenții ale terapeutului atunci când consumatorul se află într-una din fazele descrise de Prochaska și DiClemente:

- **Faza de precontemplare.** Există o centrare a terapiei pe strategii de motivare a schimbării şi pe strategii de limitare a răului. Schimbarea motivaţională este adesea susţinută de ceea ce se întâmplă în viaţa clientului. Moartea unui membru al grupului din care face parte consumatorul de drog îl poate determina pe acesta să se gândească serios la întreruperea consumului de drog. Multe alte evenimente de viaţă pot precipita schimbarea.

- **Faza de contemplare.** Important este ca clientul să recunoască faptul că are o problemă. Intervenţia principală se referă la a aduce clientul în situaţia în care conflictul să fie trăit foarte intens.

- **Faza de acţiune.** Este faza în care are loc luarea deciziei de a schimba comportamentul. Terapia este orientată către punerea în discuţie a automatismului comportamentului de consum, a circumstanţelor în care are loc consumul de drog şi a situaţiilor de risc crescut.

- **Faza de menţinere.** Este stadiul în care se consolidează comportamentul de schimbare. În acest moment sunt foarte importante schimbările în stilul de viaţă. Schimbarea stilului de viaţă presupune descoperirea unor alte nevoi, a unor modalităţi de a satisface aceste nevoi, a unor noi moduri de petrecere a timpului liber (equally rewarding). Marlatt şi Gordon au descris rolul unor dependenţe alternative în prevenirea recăderii de-a lungul perioadei de menţinere (Benett, 1998, p. 21). Dependenţele alternative pozitive au efecte pozitive de lungă durată.

Recăderea se poate întâmpla în acest stadiu al menţinerii. De multe ori în această fază se face centrarea pe evitarea provocărilor în loc să se facă centrarea pe modalităţi alternative de răspuns.

4.2. Terapia multiplă de familie

Terapia multiplă de familie este o tehnică ce a trebuit să fie adaptată în lucrul cu toxicomanii. Acest tip de terapie poate fi folosit în toate instituţiile pentru toxicomani, dar a avut cel mai mare succes în instituţiile rezidenţiale, unde familia este accesibilă şi disponibilă. Terapia multiplă de familie cu toxicomani a fost iniţiată de Laqueur într-o secţie a unui spital de stat (Kaufman, *Cahiers de Thérapie Familiale*, p. 109).

Specialiştii care au abordat toxicomanii prin terapia multiplă de familie au ajuns la concluzia că, cu cât motivaţia şi implicarea pacientului sunt mai mari, cu atât este mai uşor să angajezi familia în terapie. Instituţia cea mai potrivită pentru aplicarea acestui tip de terapie este o comunitate terapeutică. Este de

preferat ca toxicomanul să invite familia, dar şi terapeutul poate telefona sau trimite un formular membrilor acesteia.

Kaufman a lucrat cu un grup familial multiplu, format din 40 până la 50 de membri. Grupul cuprindea pacienţii identificaţi şi familiile lor apropiate. Sunt incluşi şi prietenii şi amanţii, aceştia jucând un rol foarte important în viaţa toxicomanului. Înainte de a fi acceptaţi în grup, membrii familiei trec printr-un interviu. Elaborarea unei genograme este foarte importantă.

Terapia multiplă de familie poate fi corelată şi cu şedinţe de terapie de familie clasice. Astfel că anumite secrete familiale pot fi discutate în aceste şedinţe de terapie familială clasică, fiind evitate în şedinţele de terapie multiplă. Totuşi, membrii familiei sunt încurajaţi să le abordeze în aceste şedinţe de terapie multiplă.

Întregul grup poate juca, la un moment dat, rol de terapeut familial. Familiile îşi împărtăşesc experienţele şi îşi oferă ajutorul. „Terapia multiplă de familie oferă familiilor ocazia de a învăţa una de la alta pe bazele analogiei, a interpretării indirecte, a imitaţiei şi identificării." (Laqueur, *Cahiers de Thérapie Familiale*).

Grupul este dispus într-un mare cerc, coterapeuţii fiind aşezaţi la distanţe egale, pentru a permite observarea întregului cerc. Kaufman nu foloseşte estradă pentru familia protagonistă, pentru că acest lucru ar sabota participarea şi identificarea cu alte familii. Familiile se aşează împreună şi modul de a-şi găsi locul trebuie observat cu atenţie, pentru că astfel se pot identifica schemele structurale.

La începutul şedinţei fiecare membru al grupului îşi spune numele şi rolul. Un membru al grupului va descrie scopul pentru care s-au adunat. Sublinierea scopului poate scoate în evidenţă importanţa înţelegerii modului în care mecanismele familiale au dus la abuzul de droguri.

În general se lucrează intens, cu trei sau patru familii într-o seară. Aproape toate celelalte familii de pe margine sunt implicate emoţional şi participă verbal.

Pe parcursul terapiei, membrii familiei sunt confruntaţi cu rolurile pe care fiecare le deţine în apariţia şi întreţinerea toxicomaniei. Familia este confruntată şi cu propria ei nevoie de a întreţine toxicomania. Dinamica relaţiilor-capcană specifică unei familii se reproduce în primele şedinţe ale terapiei multiple. Această primă fază a terapiei este foarte importantă, pentru că, în funcţie de modul în care se manifestă relaţia terapeut-membri ai familiei, aceştia pot sabota sau nu creşterea terapeutică. Poate exista riscul ca toxicomanul să părăsească terapia tocmai pentru că este foarte prins în capcana relaţională familială. Membrii familiei pot deveni conştienţi de capcana relaţională care întreţine toxicomania unuia dintre membri. Acest lucru nu este, însă, de ajuns. Capcana poate funcţiona în continuare. Avantajul aplicării acestui tip de tratament în comunitatea terapeutică este acela că

pacientul poate fi observat permanent. Comportamentul său poate fi un indicator al dinamicii relațiilor în familia sa. Semnele de dezadaptare, comportamentul deranjant pot indica faptul că familia s-a reîntors în capcana relațională.

Sculptura familială și coregrafia sunt des folosite în cadrul unui grup de terapie multiplă de familie. Scopul este acela de a topi intelectualizarea excesivă sau anxietatea.

Terapia multiplă de familie aplicată familiei toxicomanului implică și prescrierea unor sarcini familiale și a unor roluri, în vederea redefinirii relațiilor familiale. Succesul sau insuccesul unei astfel de terapii depinde foarte mult și de stilul propriu al terapeutului. Kaufman, de exemplu, este foarte centrat pe disfuncționalitățile familiale, pe delimitarea granițelor între membrii familiei, pe modalitățile constrângătoare de comunicare, pe mecanismele *double bind*.

Terapia multiplă de familie este centrată pe forțele familiale care mențin simptomul, dar și pe forțele exterioare cu care acestea sunt conjugate. Spațiul terapiei de familie multiple este un spațiu în care dinamica relațiilor-capcană poate fi foarte bine observată și abordată.

4.3. Intervenția paradoxală în familia toxicomanului

Intervenția paradoxală, ca modalitate sistemică de abordare a familiei toxicomanului, este foarte centrată pe relațiile-capcană care se pot desfășura în acest tip de familie. Există câteva ipoteze teoretice care stau la baza intervenției paradoxale:

1. **Cauzalitatea circulară este paradoxală**. La ce se referă cauzalitatea circulară? La faptul că un element poate fi în același timp și cauză și efect.

2. **Cadrul sistemelor umane este paradoxal**. Dacă devine „logic", se rigidizează și paradoxul trece în comunicare (Neuburger, *Cahiers de Thérapie Familiale*, p. 71).

Guido L. Burbatti și Laura Formenti listează numeroasele funcții pe care intervenția paradoxală le poate avea (Burbatti și Formenti, 1993, p. 134). Acest tip de intervenție are următoarele **funcții:**

1. Accentuează existența unui cadru terapeutic.
2. Presupune implicarea activă a întregului sistem în munca terapeutică.
3. Determină retroacțiuni.
4. Furnizează structura pentru intervențiile viitoare.

În ceea ce privește cadrul terapeutic, acesta este din start paradoxal. Dar Bateson specifică foarte clar că acest lucru nu este valabil decât pentru primul nivel de înțelegere. Acest prim nivel presupune identificarea

elementelor care interacţionează în manieră rigidă şi repetitivă (Neuburger, *Cahiers de Thérapie Familiale*, p. 70). După Neuburger, există două niveluri la care pot fi identificate aceste circuite repetitive:

- pe de o parte, aceste circuite repetitive ne indică elementele care constituie sistemul şi cu care trebuie lucrat;
- pe de altă parte, permit propunerea unei alte definiţii a problemei în interiorul sistemului.

Adepţii abordării sistemice au scos foarte bine în evidenţă faptul că tocmai caracteristica de paradoxal a sistemului uman îi conferă vitalitate. Paradoxul este prezent mai ales în situaţie de criză. Sistemul se luptă pentru homeostazie şi în acelaşi timp are nevoie de schimbare. Un membru al familiei are nevoie să crească, dar în acelaşi timp aparţine familiei. Gândindu-ne la familia toxicomanului, avem exemplul tipic al situaţiei toxicomanului în perioada de postcură. Familia îl tratează în continuare ca pe un consumator, în acelaşi timp cu încercarea de a şterge cu buretele faptul că el a avut vreodată această problemă. De aici comunicarea paradoxală în această situaţie, care este o situaţie de schimbare.

Pornind de la caracteristica de paradoxal a sistemelor umane, Neuburger propune, în spiritul terapiei sistemice de familie, un model terapeutic care vizează restabilirea paradoxului în terapie. Reintroducerea paradoxului în familie ar reprezenta primul nivel de recadraj terapeutic. La al doilea nivel, terapeutul elaborează intervenţii paradoxale în funcţie de derularea scenariului familial.

Primul nivel de intervenţie clinică. Identificarea cauzalităţii circulare. Redefinirea problemei.

Atunci când vorbeşte de identificarea cauzalităţii circulare, Neuburger vorbeşte despre identificarea „buclelor repetitive" care împiedică individul să evolueze. În cazul toxicomaniei, definiţia problemei de către familie este toxicomania. Din acest motiv este necesară redefinirea problemei, problemă care poate fi conflictul conjugal sau blocajele membrilor familiei.

Un exemplu ar fi cazul A. A este singurul copil al familiei X. Tatăl vine în cabinet cu „problema", care este toxicomania fiului său. Totul mergea perfect în familie până la toxicomania fiului său. Mitul familiei ideale prezent în această familie implică existenţa unor mecanisme relaţionale repetitive, deci rigide. Nevoia de creştere a fiului, însoţită de toxicomanie, se poate traduce prin necesitatea de schimbare în această familie. Numai că situaţia de criză necesară schimbării îl panichează pe tată, care preferă cu orice preţ menţinerea homeostaziei şi excluderea factorului de schimbare care este fiul său. Relevant este că mama, care s-a sustras tot timpul terapiei, dezvoltă un cancer chiar în momentul în care se pune problema excluderii fiului din familie. Conflictul conjugal se declanşează, tatăl ameninţând cu divorţul. Bineînţeles că mama şi,

în cele din urmă, tatăl s-au sustras terapiei, dar exemplul reflectă foarte bine necesitatea redefinirii problemei atunci când avem de a face cu familii cu toxicomani. Cazul lui A este tipic pentru familiile cu toxicomani.

Al doilea nivel de intervenție clinică. Reintroducerea paradoxului în cadru. Recadrarea terapeutică.

Plecând de la ideea introdusă de Bateson şi apoi susținută de Mara Selvini Palazzoli a paradoxalității sistemului familial, terapeuții sistemici sunt de părere că la un moment dat trebuie reintrodus paradoxul în sistemul familial, ca intervenție terapeutică. Neuburger oferă un model de reintroducere a paradoxului în sistemul familial:

A. Tehnica circularității informației. Neuburger este de părere că un prim nivel de reintroducere a paradoxului este tehnica întreținerii circulare a informației. Se pare că momentul în care membrii familiei ajung la a emite păreri contradictorii, puncte de vedere diferite este momentul potrivit pentru reintroducerea paradoxului.

B. Prescrierea simptomului şi conotația pozitivă. Aceasta este considerată ca tehnică de intervenție paradoxală. Ea trebuie folosită cu grijă în cazul heroinomanilor. Nu este recomandat să fie folosită la începutul terapiei cu toxicomani. Este de preferat ca prescripțiile paradoxale (contraparadoxul) să fie folosite la sfârşitul terapiei.

Importantă pentru abordarea sistemică a familiei toxicomanului este redefinirea problemei. Bineînțeles că majoritatea familiilor cu toxicomani se prezintă în cabinetul terapeutului ca şi cum singura lor problemă ar fi toxicomania. Dacă terapeutul rămâne la definirea problemei de către familie, atunci există riscul ca el să intre în sistemul familial şi să participe la mecanismele repetitive specifice acelei familii. Din acest motiv este foarte important ca terapeutul să redefinească problema împreună cu membrii familiei şi să identifice elementele de repetitivitate, pentru a putea interveni la acel nivel.

Intervenția terapeutică de tip sistemic vizează tocmai acele relații-capcană, care au şi caracteristica de repetitivitate, identificate şi în familia toxicomanului. Interesant este că acest tip de intervenție se bazează pe lansarea unei capcane terapeutice pentru a scoate familia din propria ei capcană. Ea reprezintă o abordare deosebită a familiei toxicomanului, pentru că nu abordează toxicomania în sine. Toxicomania este văzută ca un simptom, ca şi anorexia sau schizofrenia.

4.4. Constelațiile Familiale. Bert Hellinger

Constelațiile familiale reprezintă metoda terapeutică inițiată şi dezvoltată de Bert Hellinger. Nu este o terapie specială pentru toxicomani, însă vizează relațiile-capcană dintr-o familie. Hellinger şi-a definit metoda ca fiind o psihoterapie fenomenologică. După părerea lui, această metodă nu poate fi

învățată, ci prinsă prin experiență, pentru că ea nu se întemeiază pe nicio școală și nici nu poate crea o școală. „...eu mă expun cu toată ființa mea unui context pe care nu-l pot sesiza în întregime, pentru că mă depășește. Renunț la dorința de a ajuta sau de a demonstra ceva. Încerc să fac față a ceea ce poate ieși din adâncuri" (Bert Hellinger, 2001, p. 38).

După Bert Hellinger, „obiectivul unei constelații nu este acela de a elimina un simptom, ci de a reda unei persoane locul său în familie în așa fel încât să se poată reintegra cu toată energia sa pozitivă" (apud Potschka-Lang, 2001, p. 50). Bert Hellinger descrie regulile fundamentale care guvernează toate sistemele familiale ca pe „ordinele iubirii". Aceste reguli nu sunt transmise verbal și nu sunt dictate de la o generație la alta, pentru că ele sunt în mare parte transmise inconștient.

Terapia lui Hellinger are în vedere următoarele **reguli** ale sistemelor familiale:

- **într-un sistem familial fiecare este legat de celălalt**;
- **fiecare are dreptul la a aparține sistemului familial**. Tendința de excludere a unui membru al familiei se va resimți peste generații. De obicei, se încearcă excluderea unor persoane de care sunt legate evenimente dureroase. A nu vorbi despre această persoană și despre eveniment înseamnă a o exclude;
- **fiecare membru al familiei are locul și rangul său**. Această regulă are de a face tot cu fenomenul de excludere. Confiscarea locului și rolului unui membru al familiei înseamnă excludere. Există o ierarhie cronologică într-o familie, care trebuie respectată, chiar dacă unul dintre membri este decedat. Acest principiu se aplică și în cazul în care un membru al familiei are o a doua soție. Trebuie, neapărat, respectat locul primei soții;
- **membrii excluși sunt întotdeauna reprezentați**. Excluderea sau trecerea în uitare a existenței unuia dintre membrii familiei va determina o tensiune care nu va dispărea decât atunci când această pierdere va fi compensată. Unul dintre membrii familiei se va identifica inconștient cu persoana exclusă.

Date fiind aceste reguli este necesar ca la începutul unei astfel de terapii să fie identificate evenimentele decisive dintr-o familie. Au existat sinucideri, accidente, boli grave? Toate persoanele care au participat la aceste evenimente sunt considerate ca amenințătoare, de unde și tendința către excludere. Acestea sunt considerate ca „fantome care acționează și în prezent asupra inconștientului unei persoane" (Didier Dumas, apud Potschka-Lang, 2001, p. 32). Bert Hellinger explică această perpetuare a fantomelor printr-o „conștiință de clan care depășește individul și care veghează ca această persoană să nu fie exclusă" (apud Potschka-Lang, 2001, p. 32). Din clan pot face parte copiii, părinții, bunicii, ex-soțiile, soțiile sau logodnicele tatălui, soții sau logodnicul mamei. Conștiința de clan nu va tolera niciodată excluziunea. Dacă vreunui membru al clanului i s-a făcut un rău, atunci

există o nevoie imperioasă de a restabili echilibrul. Nedreptatea făcută unuia dintre membri clanului se va resimți câteva generații mai încolo. Unul dintre membri familiei va trăi un eveniment asemănător și acest lucru se va întâmpla până ce ordinea va fi restabilită. Hellinger vorbește în acest sens de „compulsie către repetiția sistemică" (Hellinger, 2001). Dar, după cum spune și el, repetiția nu va restabili niciodată ordinea.

Cum se pune în acțiune o constelație familială? „Un client alege din public persoanele destinate să-i reprezinte pe tată, pe mamă și pe soră. Toți membrii grupului îi sunt străini. Clientul îi plasează, pe cei aleși, sub impulsul momentului. Tatăl îi întoarce spatele mamei, fiul, care este reprezentantul clientului, se pune în fața mamei. Aceștia sunt oameni străini unul față de altul, aleși întâmplător, care nu cunosc nimic din povestea clientului și nici din cea a familiei sale" (Bert Hellinger, 2001, p. 13). Bert Hellinger observă cu surprindere faptul că, în aceste reconstituiri familiale, persoanele alese întâmplător încep să simtă lucrurile în același mod ca membrii familiei reale. El nu găsește nicio explicație pentru acest fenomen, cu toate că l-a observat în mii de reconstituiri familiale. În urma acestor reconstituiri familiale ies la iveală ceea ce Hellinger numește **intricații sistemice**. „Intricația familială sau sistemică împinge un membru al familiei la o legătură inconștientă cu un alt membru al familiei, înaintaș" (Bert Hellinger, 2001, p. 14). De obicei, acest membru al familiei a fost exclus din familie. Bineînțeles, problema se poate rezolva redându-i acestei persoane locul în familie. Persoana exclusă își reia locul și imaginea familiei se schimbă. În momentul în care unul dintre înaintași și-a reluat locul, influența sa nefastă încetează să mai acționeze.

Clientul își pune în acțiune sistemul familial și numai atunci terapeutul intervine.

Cum se poate restabili ordinea și echilibrul? O modalitate este redarea locului în sistemul familial a persoanei excluse. În legătură cu restabilirea echilibrului, Bert Hellinger abordează răzbunarea și spune: „Cine se crede prea bun pentru a face rău distruge relația" (Bert Hellinger, 2001, p. 57). O răzbunare poate restabili echilibrul într-un sistem familial. Atunci când „strategia" mea relațională este iertarea permanentă, înseamnă că automat prefer poziția de superioritate în raport cu celălalt. Odată pierdută egalitatea în relație, aceasta cu greu mai poate fi restabilită. Dacă ceea ce împiedică restabilirea echilibrului sunt motive religioase sau ideologice, dezechilibrul va fi la fel de mare.

O constelație este tot timpul orientată către găsirea unei soluții. Asta vrea să spună că terapeutul sau animatorul are ca obiectiv reinstaurarea unei oarecare ordini și nu tranșarea problemei. În prima fază sunt identificate rapid structurile de relații sistemice, pentru ca în etapa a doua să se încerce restabilirea ordinii sistemului. Soluțiile în terapia lui Hellinger au, după cum spune el, ceva dintr-un ritual.

Pentru a înțelege mai bine cum funcționează constelațiile familiale, să luăm un exemplu. Este vorba despre o tânără femeie care a vrut să se sinucidă și a supraviețuit. Terapeutul a reconstituit sistemul familial și a descoperit că, în realitate, mama ei era cea care dorea să se sinucidă. Tatăl mamei se sinucisese prin înecare. Astfel, conform dinamicii „Eu te urmez", mama a dorit să-l urmeze pe tatăl său în moarte, iar fiica, conform dinamicii „Mai degrabă eu decât tu!", a preferat să facă acest lucru în locul mamei sale. Reintroducerea bunicului în sistemul familial reconstituit a schimbat situația.

Odată ce ordinea a fost restabilită, persoana poate oferi familiei resursele sale noi și esențiale. Această reinstaurare a ordinii conduce la schimbări spectaculoase în diferite domenii ale vieții. Ritualurile și diferitele schimbări de loc au ca scop modificarea puțin câte puțin a structurii interne a sistemului. Terapia lui Bert Hellinger vizează în primul rând intricațiile familiale. Abordarea acestor intricații ar reprezenta restabilirea ordinii în familie.

Și toxicomania poate fi un efect al intricațiilor familiale. Toxicomanul este considerat de unii specialiști ca fiind persoana de sacrificiu a familiei. El poate fi legat de un membru al familiei sale intergenerațional sau transgenerațional și, în virtutea acestei legături, poate ispăși o vină a acestuia sau poate semnala o nedreptate făcută acestuia. Atât timp cât această legătură va rămâne inconștientă, echilibrul necesar sistemului familial nu se va reface și riscul de repetiție a episodului de toxicomanie în generația următoare este foarte mare.

Concluzii

Observațiile referitoare la modul în care poate fi „prins" toxicomanul și familia sa în scenariul terapeutului se bazează mărturiile unor terapeuți consacrați și pe experiența personală.

Mi s-a părut foarte important de semnalat faptul că scenariul de viață al terapeutului poate fi modelat de curentul terapeutic căruia acesta îi este fidel. În acest caz putem vorbi despre capcana pe care o poate reprezenta un sistem terapeutic. Până la urmă și sistemul terapeutic este un scenariu cu roluri clare. În cazul în care scenariul de viață al terapeutului invadează spațiul terapeutic, atunci avem de a face cu o abordare extrem de subiectivă a problemei familiale. Când scenariul terapeutului se bazează în principal pe regulile unei orientări terapeutice, atunci avem de a face cu capcana despre care vorbea Mara Selvini Palazzoli, capcana de sistem terapeutic.

Un lucru important în dinamica scenariilor terapeutului și ale pacienților pare să fie suprapunerea care se poate întîmpla între acestea. Riscul conturării unui scenariu comun în care și pacienții și terapeutul să joace rolurile pe care au nevoie să le exerseze este foarte mare. Dependența se poate instala pe termen lung, fiindcă fiecare are rolul pe care și-l dorește. În concluzie, iluzia relațională poate fi menținută multă vreme în cabinetul terapeutului.

TEME ŞI PROVOCĂRI

1. Analizaţi comparativ cele trei tipuri de strategii în asistarea terapeutică a toxicodependenţilor – abordarea individuală, abordarea în grup, abordarea familială.

2. Care dintre cele trei abordări vă motivează în mai mare măsură să o aprofundaţi?

3. Pentru care dintre ele consideraţi că sunteţi mai disponibil să o realizaţi? Ce vă recomandă pentru a vă forma pentru practicarea acestor metode aplicative ale psihoterapiei în domeniul special al toxicodependenţelor?

4. Implicaţi-vă într-un scurt stagiu practic în asistarea toxicodependenţilor. Intervievaţi şi evaluaţi conform tehnicilor şi modalităţilor indicate în acest capitol. Ce dificultăţi întâmpinaţi? Aprofundaţi studiul surselor bibliografice indicate. Sudiaţi suplimentar problematica drogurilor (tipuri, efecte biologice, psihologice, sociale).

5. Abordaţi famila unui toxicodependent – studiu de caz.

6. Elaboraţi un eseu pe tema dependenţei emoţionale. Studiaţi mai atent psihologia toxicomanului.

7. Observaţi-vă pe voi înşivă pe tot parcursul stagiului practic de contact, dialog, evaluare şi suport acordat unui caz de acest tip. Cum vă simţiţi? Ce gîndiţi? Ce anume vă creează anumite reacţii, blocaje, întrebări, idei? Ce aţi conştientizat despre voi înşivă lucrând cu toxicodependenţii?

8. Ţineţi-vă un jurnal pe tot parcursul experienţei de contact cu toxicomanii şi apelaţi la un supervizor.

9. Ce limite şi ce calităţi aţi conştientizat în ceea ce vă priveşte în lucrul cu această problematică umană? Există situaţii-capcană în relaţiile cu propria voastră familie? Ce implicaţii ar putea avea în practicarea profesiei de terapeut sau consilier pentru toxicodependenţi?

Postfață

La finele acestui tratat adresat în primul rând studenților în domeniul psihologiei, asistenței sociale, medicinei, ca și tinerilor aspiranți în formarea pentru profesia de psihoterapeut sau consilier, revin asupra câtorva precizări necesare:

1. Cartea de față structurează repere teoretice și metodologice doar în unele dintre principalele domenii aplicative ale psihoterapiei. Ea nu epuizează diversitatea problematicilor patologice, psihosociale și existențiale cu care se confruntă actualmente indivizii (adulți și copii), cuplurile, familiile, grupurile, comunitățile și societatea.

2. Într-o lume în rapidă și intensă schimbare, fenomenele disfuncționale și nivelul de stres tind să se agraveze. Efectele la nivelul stării de sănătate somatică, psihică și socială sunt din ce în ce mai greu de controlat, prevăzut, prevenit și tratat. Aceasta necesită atitudini reformatoare, creative și realiste în asistarea umanului confruntat permanent cu partea sa de Umbră, la nivel personal și colectiv.

3. O viziune holistă, integratoare, unificată, profund ancorată în valorile spirituale și științifice umaniste se impune ca fiind alternativa cea mai realistă, deocamdată, pentru oferta de ajutor și dinamizarea proceselor de vindecare, armonizare și reechilibrare a relațiilor interumane și a persoanelor în cursa dezvoltării lor.

4. Păstrarea vieții și onorarea ei presupune un nivel extins de conștientizare de sine și de alții, de responsabilitate pentru fiecare viață în parte și pentru fiecare colț de planetă. Valorile care ghidează actul terapeutic sunt cele ale respectului și iubirii necondiționate față de ființa umană și mediul în care trăiește, promovarea drepturilor ei fundamentale la o viață împlinită, sănătoasă și plină de sens, care să-i permită cunoașterea, exprimarea creatoare și transmiterea valorilor vieții de la o generație la alta. Dezvoltarea personală și colectivă absorb tot mai mult din spațiul metodologiilor și valorilor psihoterapiei, pentru că astăzi tulburarea și dezechilibrul, suferința și durerea au depășit cu mult perimentrul medical, preventiv și curativ al bolii.

5. Psihoterapiile, consilierea și antrenamentele de optimizare umană sunt tot mai necesare pentru normali într-o lume ce **provoacă** prin ritmul nebunesc al perturbărilor imprevizibile, al situațiilor de criză colectivă, familială și individuală. Apar noi domenii aplicative ale psihoterapiei, pentru că

şi tipurile de crize, de stres, de traume şi de probleme par să se diversifice la nesfârşit. Un singur lucru rămâne la fel de năucitor şi devastator - suferinţa umană, cu forme din ce în ce mai subtile şi cu efecte perverse din ce în ce mai puţin cunoscute, pe termen scurt, dar mai ales foarte lung.

6. În aceste condiţii specialiştii domeniului se confruntă ei înşişi cu noi exigenţe în dobândirea competenţelor şi abilităţilor, ba chiar şi a cunoştinţelor care se reinventează în consens cu schimbările. Dar competenţa care pare a fi de netăgăduit este cea care ţine de disponibilitatea terapeuţilor de a fi persoane conştiente, responsabile, mature psihospiritual, empatice, ofertante, realiste şi creative, apte să dinamizeze procesele de autovindecare ale asistaţilor. Aceasta se poate numi simplu **„prezenţă" terapeutică** autentică şi pentru dobândirea ei se poate munci o viaţă de om şi, uneori, din păcate, tot fără folos. Pentru că ea vine ca un dar nepreţuit de undeva mai de sus... un dar care se cere redăruit, pur şi simplu.

7. Dacă alegi să împărtăşeşti spaţiul generos al psihoterapiilor, dezvoltării şi optimizării umane, pregăteşte-te pentru o experienţă lungă şi infinit de frumoasă - aceea de a lucra cu tine însuţi la fel de generos, până ce afli cam cine eşti, încotro şi cum te transformi. Altfel, cum să-i înţelegi şi să-i sprijini pe alţii să se deblocheze şi să se transforme, vindecându-şi rănile şi fricile, gîndurile toxice şi comportamentele automate, iluziile ce îi ţin captivi şi scenariile distructive ai căror creatori desăvârşiţi sunt chiar ei înşişi?... În caz că te prinzi în această „lucrare", nu uita să crezi, să speri şi să iubeşti.

Fii binevenit şi Succes!...

Bibliografie selectivă

- *** **Alcoholics Anonymous** (1990), *Alcoholics Anonymous 1989 membership survey*, AA World Services, New York
- *** **American Psychiatric Association** (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Washington D.C.
- *** **ISDD** (written and published by) (1996), *Drug Abuse Briefing*, 6th edition, London
- *** *Revista De Psihoterapie Experienţială*, 1997-2007, Nr. 1-40, Editura SPER, Bucureşti
- **Ackerman, N.W.** (1958), *The Psychodynamics of Family Life*, Basic Books, New York
- **Ackermans, A., Andolfi, M.** (1987), *La création du système thérapeutique*, ESF, Paris
- **Adams, B.** (1980), *The Family: A Sociological Interpretation*, Rand McNally, Chicago
- **Allport, G.** (1991), *Structura şi dezvoltarea personalităţii*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti
- **Alonso, A.** (1985, Nov.), *Lecture given at Harvard Medical School seminar on group psychotherapy*, Boston, M.A.
- **Altman, D., Taylor, S.** (1973), *Social penetration. The developpment of interpersonal relationship*, Rinehart & Winston, New-York
- **Andrei, C., Ciolompea, Teodora, Niculae, Ioana, Stoica, Denisa, Şerban, M.** (2002), *Manual pentru părinţi. Metode de prevenire, depistare şi intervenţie în cazul adolescenţilor care consumă droguri sau sunt în pericol de a o face,* Salvaţi Copiii, Bucureşti
- **Apfeldorfer, G.** (1993), *Je mange, donc je suis*, Payot, Paris
- **Badea, V.** (1997), *Grupul experienţial centrat pe psihodramă - un model de optimizare a disponibilităţilor pentru contact uman*, în Mitrofan, Iolanda (coord.), *Psihoterapia experienţială,* Editura Infomedica, Bucureşti
- **Bennett, G.** (1989), *Treating Drug Abusers*, Rouletledge
- **Bennett, G.** (ed.) (1989), *Treating drug abuses,* Chapman and Hall Inc., New York
- **Bergeret, Jean** (1990), *Les Toxicomanes parmi les autres*, Editions Odile Jacob
- **Berne, E.** (1964), *Games people play*, Penguin Books
- **Berne, E.** (1971, 1977), *Analyse transactionelle et psychotherapie*, Payot, Paris
- **Berscheid, E., Walster, E.** (1969), *Interpersonal Attraction*, Addison-Wesley Publishing, New-York
- **Beutler, L.E.** (1980), *Personal communication*, University of Arizona Health Science Center, Tuxon, AZ.

• **Bloch, D.** (1973), *Techniques of Family Psychotherapy*, Grune and Stratton, Inc.

• **Bowen, M.** (1978), *Family therapy in clinical practice,* Jason Aronson, New York

• **Brown, S.** (1985), *Treating the Alcoholics: A developmental model of recovery*, John Wiley & Sons, New York

• **Brown, S., Yalom, I.** (1977), *Interactional group psychotherapy with alcoholics patients*, Journal of Studies on Alcohol, 38, 426-456

• **Bruckner, P., Finkielkraut, A.** [1977](1995), *Noua dezordine amoroasă*, Editura Nemira, Bucureşti

• **Budney, J.A., Higgins, T.S.** (1998), *Therapy Manuals for Drug Addiction. A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction,* Department of Health and Human Service, National Institute on Drug Abuse, U. S.

• **Burbatti, G.L., Formenti, Laura** (1988), *The Milan Approach to Family Therapy*, Jason Aronson

• **Buzducea, D.** (1997), *Analiza tranzacţională, decodificarea, deconspirarea şi interpretarea mesajelor ascunse,* în Mitrofan, Iolanda (coord.), *Psihoterapia experienţială*, Ed. Infomedica, Bucureşti

• **Cain, A.** (1996), *Psihodrama Balint. Metodă, teorie, aplicaţii*, Editura Trei, Bucureşti

• **Chaftez, M.E., Blane, H.T., Hill, M.J.** (1970), *Frontiers of alcoholism*, Science Hours, New York

• **Chapman, G.** [1992](2000), *Cele cinci limbaje ale iubirii*, Editura Curtea Veche, Bucureşti

• **Chestner, A.** (1994), *Dramatherpy and psychodrama: similarities and differences*, în *The handbook of dramatherapy*, Routledge, London and New York

• **Coche, J., Coche, E.** (1990), *Couples Group Psychotherapy*, Brunner/Mazel Publisher, New York

• **Corey, G.** (1990), *Theories and practice in Counseling and Psychotherapy*, Brooks – Cole, California

• **Corneau, G.** [1997](2000), *Există iubiri fericite?*, Editura Humanitas, Bucureşti

• **Corsini, R.J.** (1978), *Current Psychotherapy*, Peacock Publishers, Illinois

• **Cottraux, J.** (2003), *Terapiile cognitive*, Editura Polirom, Iaşi

• **Cucu-Ciuhan, Geanina** (2006), *Eficienţa psihoterapiei experienţiale la copilul hiperkinetic,* Editura SPER, Bucureşti

• **Cummings, C., Gordon, J.R., Marlatt, G.A.** (1980), *Relapse: prevention and prediction*, în Miller, W.R. (ed.), *The addictive behaviours,* Pergamon Press, Oxford

- **Dafinoiu, I.** (2001), *Elemente de psihoterapie integrativă*, Editura Polirom, Iaşi
- **David, D.** (coord.) (2000), *Intervenţie cognitiv-comportamentală în tulburări psihice, psihosomatice şi optimizare umană*, ediţia II, Ed. Risoprint, Cluj-Napoca
- **de Garine, I.** (1987), *Massa et Moussey: la question de l'embonpoint*, în *Autrement, 91*, 108
- **de Lassus, R.** (2000), *Analiza tranzacţională*, Editura Teora, Bucureşti
- **de Rougemont, D.** [1972](2000), *Iubirea şi Occidentul*, Editura Univers, Bucureşti
- **Ducici, I.** (1994), *Fericire, iubire, femeie*, Editura Niculescu, Bucureşti
- **Duck, S.** [1994](2000), *Relaţiile interpersonale*, Editura Polirom, Iaşi
- **Elder, G.** (1969), *Appearance and Education in Marriage Mobility*, în *American Sociological Review, 34*, 519-533
- **Elkaim, Mony** (1999), *La therapie familiale en changement*, Synthelabo
- **Eronen, M.** (1995), *Mental disorders and homicidal behavior in female subjects*, American Journal of Psychiatry
- **Eysenck, H., Eysenck, M.** (1998), *Descifrarea comportamentului uman*, Editura Teora, Bucureşti
- **Ferreol, G.** (coord.) (2000), *Adolescenţii şi toxicomania*, Editura Polirom, Iaşi
- **Forsé, M.** (1991), *L'analyse structuralle du changement*, PUF, Paris
- **Fox, R.** (1967), *Disulfiram as an adjunct in the treatment of alcoholism*, în Fox, R. (Ed.), *Alcoholism: Behavioral research, therapeutic approaches* (242-255), Springer, New York
- **Frances, R., Miller, J.** (1998), *Addictive disorders in women*, Clinical Textbook of Addictive Disorders 2nd Edition, Guilford Press
- **Frank, J.** (1961), *Persuasion and healing*, Johns Hopkins Press, Baltimore, MD
- **Frankl, V.E.** (1963), *Man's Search for Meaning*, Poket Books, New-York
- **Frankland, A., Sanders, P.** (1999), *Next Steps in Counselling*, PCCS Books, Ltd Ross- on-Wye, Herefordshire
- **Freud, S.** (1991), *Introducere în psihopatologia vieţii cotidiene*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti
- **Freud, S.** (1996), *Cinci lecţii de psihanaliză*, Editura Mediarex, Bucureşti
- **Garner, D., Cooke, A.** (1997, februarie), *Body Image*, în *Psychology Today*
- **Ghodse, H.** (1989), *Drugs andictive behaviour*, Blackwell Scientific Publications, London
- **Giddens, A.** [1992](1999), *Transformarea intimităţii*, Editura Antet, Bucureşti
- **Glasser, W.** (2000), *Cum să alegem fericirea*, Ed. Curtea Veche, Bucureşti

- **Golu, P.** (2000), *Fundamentele psihologiei sociale*, Editura ExPonto, Constanța
- **Gordon, D.** (1978), *Therapeutic Metaphors*, Meta Publications, Cupertino, California
- **Gorell Barnes, G.** (1998), *Family Therapy in Changing Times*, MacMillan Press, LTD
- **Gottman, J.** (1976), *A couple's guide to communication*, Research Press
- **Gurmann, A.S.** (1981), *Questions Answers in the Practice of Family Therapy*, Brunner/Mazel, Inc.
- **Hagége, J.** (1993), *Séduire*, Albin Michel, Paris
- **Haley, J.** (1981), *Problem Solving Therapy*, Jossey-Bass Publisher
- **Haley, J.** (1990), *Strategies of Psychotherapy*, The Triangle Press, Rockville, MD.
- **Haley, J.** (1990, 1997), *Changer les couples*, ESF editeur, Paris
- **Hardyment, C.** [1998](2000), *Viitorul familiei*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti
- **Heitler, J.** (1976), *Preparatory techniques in initiating expressive psychotherapy with lower class, unsophisticated patients*, Psychology Bulletin, 3, 339-352
- **Hellinger, B., Hovel, Gabrielle** (2001), *Constellations familiales*, Les Souffle d'Or
- **Holdevici, Irina** (1995), *Autosugestie şi relaxare*, Editura Ceres, Bucureşti
- **Holdevici, Irina** (1996), *Elemente de psihoterapie*, Editura ALL, Bucureşti
- **Holdevici, Irina** (1999), *Gândirea pozitivă. Ghid practic de psihoterapie raţional-emotivă şi cognitiv-comportamentală,* Editura Ştiinţă şi Tehnică, Bucureşti
- **Hough, Margaret** (1998), *Counselling Skills and Theory*, Hodder&Stoughton, Great Britain
- **Ilardo, J.A., Rothmann, C.R.** (1999), *I'll Take Care of You. A Practical guide for Family Caregivers*, New Harbinger Publisher, Inc.
- **Iluţ, P.** (2000), *Iluzia localismului sau localizarea iluziei*, Editura Polirom, Iaşi
- **Ionescu, G.** (1995), *Tratat de Psihologie Medicală şi Psihoterapie*, Editura Asklepios, Bucureşti
- **Joubert, Christiane** (1992), *Des Ancetres Insuffisament Bons/ Etude du mythe familial a travers la technique de la therapie psychanalitique du groupe famille*, These pour le Doctorat de psychologie, Grenoble
- **Jung, C.G.** (1996), *Personalitate şi transfer*, Ed. Teora, Bucureşti
- **Jung, C.G.** (1997), *Tipuri psihologice*, Ed. Humanitas, Bucureşti
- **Kemker, S.S., Kibel, H.D., Mahler, J.C.** (1993), *On becoming oriented to inpatient treatment: inducing new patients and professional to recovery movement*, International Journal of Group Psychoterapy, 43, 285-302.

• **Keymeulen, R., De Leneer, G.** (1999), *Klippen Omzeilen, een trening in terugvalpreventie*, Merelbeke, De Sleutel

• **Khantzian, E.J., Halliday, K.S., McAuliffe, W.E.** (1990), *Addiction and the vulnerable self*, Guilford Press, New York

• **Kohut, H.** (1977), *The restoration of the self*, International Universities Press, New York

• **Kohut, H.** (1984), *How does analysis cure?*, University of Chicago Press, Chicago

• **Kosseff, J.W.** (1975), *The leader using object-relations theory*, în Liff, Z.A. (Ed.), *The leader in group* (212-242), Jason Aronson, New York

• **Kruse, C., Parker, G.** (1998), *Medical Intensive Care pocket companion to priciples and practice,* W.B. Saunders Company

• **Kurtz, E.** (1981), *Shame and guilt: Characteristics of the dependency cycle*, Hazelden, Center City, MN

• **Lew, D.** (1973), *Realities of alcoholism in industry*, NIAAA, Publications, Rockville, MD

• **Lipovetsky, G.** [1997](2000), *A treia femeie*, Editura Univers, București

• **Lissarraque, F.** (1991), *Femmes au figure*, în *Histoire des femmes*, Plon, Paris

• **Luca, A.** (2000), *Carl Rogers și Terapia Centrată pe Persoană*, în Mitrofan, Iolanda (coord.), *Orientarea experiențială în psihoterapie*, Editura SPER, București

• **Luria, Z.** (1978), *Genre et étiquetage: l'effet Pirandello*, în Sullerot, E. (coord.), *Le Fait feminin*, Fayard, Paris

• **Mack, A.H., Franklin, J.E., Frances, R.J.** (2001), *Treatment of alcoholism and addictions*, Second edition, American Psychiatric Publishing, Inc., Washington DC

• **Marcus, G., Hodgson, R.** (eds.) (1991), *Responding to drug and alcohol problems in the community,* World Health Organization, Geneva

• **Marlatt, G.A., Gordon, J.R.** (eds.) (1985), *Relapse Prevention*, Guilford Press, New York

• **Maslow, A.** (1962), *Toward of Psychology of Being*, B. Van Nostrand Company

• **Masterson, J.F.** (1981), *The narcissistic & borderline disorders*, Brunner/Mazel, New York

• **Matano, R.A., Yalom, I.** (1991), *Approaches to chemical dependency: Chemical dependency & interactive group – a synthesis*, International Journal of Group Psychotherapy, 41(3), 269-294.

• **McGinnis, A.** [1979](2000), *Importanța prieteniei*, Editura Curtea Veche, București

• **McGoldrick, Monica, Gerson, R.** (1990), *Genogrammes et entretien familial*, ESF, Paris

• **McKay, M., Fanning, P., Paleg, K.** (1994), *Couple Skills. Making Your Relationship Work*, New Harbinger Publication, Inc.
• **Meekers, D., Ionescu, A.** (1999), *Dragostea în anii '90. Studiu [illegible] asupra tineretului din România în 1998*, Graphos SRL, Bucureşti
• **Miller, W., Rollnick, St.** (1989), *Motivational Interviewing, Preparing People to Change Addictive Behaviour*, The Guilford Press, New York
• **Miller, W.R., Heather, N.** (eds.) (1986), *Treating addictive behaviors: Processes of change*, Plenum Press, New York
• **Minuchin, S.** (1991), *Families and family Therapy*, Tavistock Routledge
• **Mitrofan, Iolanda** (1997), *Desenul serial – ca abordare diagnostică şi terapeutică*, în Dima, S. (coord.), *Copilăria, fundament al personalităţii*, Editura Învăţământului Preşcolar
• **Mitrofan, Iolanda** (1997), *Gestalt-terapia– de la conştientizarea de sine la adaptarea creativă şi integrarea holistă*, în Mitrofan, Iolanda (coord.), *Psihoterapia experienţială*, Editura Infomedica, Bucureşti
• **Mitrofan, Iolanda** (2001), *Meditaţii creative. Metaforă transfiguratoare şi conştiinţă extinsă*, Editura SPER, Bucureşti
• **Mitrofan, Iolanda** (2004), *Terapia Unificării*, Editura SPER, Bucureşti
• **Mitrofan, Iolanda** (coord.) (1997, 1999), *Psihoterapia Experienţială (O paradigmă a autorestructurării şi dezvoltării personale)*, Editura Infomedica, Bucureşti
• **Mitrofan, Iolanda** (coord.) (2000), *Orientarea experienţială în psihoterapie. Dezvoltare personală, interpersonală şi transpersonală*, Editura SPER, Bucureşti
• **Mitrofan, Iolanda, Buzducea, D.** (1999), *Psihologia pierderii şi terapia durerii*, Editura Albedo, Bucureşti
• **Mitrofan, Iolanda, Buzducea, D.** (2000), *Analiza Existenţială sau Drumul către sens*, în Mitrofan, Iolanda (coord.), *Orientarea experienţială în psihoterapie*, Editura SPER, Bucureşti
• **Mitrofan, Iolanda, Ciupercă, C.** (2002), *Psihologia şi terapia cuplului*, Editura SPER, Bucureşti
• **Mitrofan, Iolanda, Nuţă, A.** (2005), *Consilierea psihologică. Cine, ce şi cum?*, Editura SPER, Bucureşti
• **Mitrofan, Iolanda, Stoica, Cristina Denisa** (1997), *Psihoterapia experienţială de grup gestalt-creativ – o provocare la „creştere"*, în Mitrofan, Iolanda (coord.), *Psihoterapia Experienţială*, Editura Infomedica, Bucureşti
• **Mitrofan, Iolanda, Stoica, Cristina Denisa** (2005), *Analiza transgeneraţională în terapia unificării*, Editura SPER, Bucureşti
• **Mitrofan, Iolanda, Vasile, Diana Lucia** (2001), *Terapii de familie*, Editura SPER, Bucureşti
• **Moreau, A.** (1995), *Autotherapie assistee*, Nauwelaerts Editions, Beauvechain, Belgique

- **Moreau, A.** (1998), *Defrichez votre passe,* Nauwelaerts Editions, Beauvechain, Belgique
- **Moreau, A.** (1999), *Putere, Autonomie, Vindecare*, Editura Astrobios, Bucureşti
- **Mueller, S.R., Suffer, B.H., Prengaman, T.P.** (1982), *A short -term intensive treatment program for the alcoholic*, The Interantional Journal of Addictions, 17(6), 931-941.
- **Munteanu, Anca** (2002), *Terapia psihanalitică freudiană*, Editura SPER, Bucureşti
- **Muro, J., Kottman, T.** (1995), *Guidance and Counseling in the Elementary and Middle Scools, A Practical Approach*, Brown & Benchmark Publishers, Madison, Wisconsin, Dubuque, Iowa
- **Nedelcea, C.** (1999), *Despre rezistenţă şi anxietate, o viziune experienţială,* în *Revista de Psihoterapie Experienţială,* nr. 7, Bucureşti
- **Nedelcea, C., Dumitru, Paula** (1999), *Optimizarea comportamentului profesional, între educaţie şi psihoterapie*, Editura SPER, Bucureşti
- **Neuburger, R.** (1988), *L'irrationel dans le couple et la famille*, ESF, Paris
- **Neuburger, R.** (1989), *Le mythe familial*, ESF, Paris
- **Niculae, Ioana** (2003), *Abordarea psihoterapeutică individuală în toxicodependenţă*, în Mitrofan, Iolanda (coord.), *Terapia toxicodependenţei. Posibilităţi şi limite*, Ed. SPER, Bucureşti
- **Oakley, R., Charles, K.** (1999), *Drugs, Society and Human Behavior*, Eight edition, WCB/ Mc Graw- Hill
- **Ormont, L.** (1992), *The group therapy experience*, St. Martin's Press, New York
- **Ormont, L.** (1993), *Resolving resistances to immediacy in the group setting*, International Journal of Group Psychotherapy, 43, 399-418.
- **Pascal, M.** (2001), *Arta de a fi mereu împreună*, Editura Axel Springer, Bucureşti
- **Patterson, Vicki** (1998), *Drug Training*, Tavistock Routledge
- **Pease, A., Pease, Barbara** [1999](2001), *De ce bărbaţii se uită la meci şi femeile se uită în oglindă*, Editura Curtea Veche, Bucureşti
- **Perls, F.** (1969), *Gestalt Therapy Verbatim*, Moab U.T. Real People Press
- **Perls, F., Hefferline, E.R., Goodman, P.** (1965), *GESTALT THERAPY - Excitement and Growth in the Human Personality*, Delta Book, New York
- **Pizzo, C., Seldes, R., Gerstman, B.** (1998), *What men what*, Harper Collins Publishers
- **Popescu–Neveanu, P.** (1978), *Dicţionar de psihologie*, Editura Albatros, Bucureşti
- **Porot, A., Porot, M.** (1999), *Toxicomaniile,* Editura Ştiinţifică, Bucureşti
- **Potschka-Lang, Constanze** (2001), *Constellations familiales: guerir le transgenerationel*, Le Souffle d'Or

- **Prelipceanu, D., Mihalcea, Carmen, Simache, D., Ezechil, Denise** (2001), *Ghid de tratament în abuzul de substanțe psihoactive*, Editura Infomedica, București
- **Prieur, B.** (1989), *L'anorexique, le toxicomane et leur famille*, ESF, Paris
- **Prochaska, J.O., DiClemente, C.C.** (1984), *The Thranstheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*, Homewood, III: Dow-Jones, Irwin
- **Prost, A.** [1987](1997), *Frontierele și spațiile privatului*, în Aries, P., Duby, G. (coord.), *Istoria vieții private*, p. 11-124, Editura Meridiane, București
- **Rialland, Chantal** (1994), *Cette famille qui vit en nous*, Editions Robert Laffont, Paris
- **Rogers, C.** (1942), *Counseling & psychotherapy*, Houghton Miflin, Boston
- **Rogers, C.** (1961), *On becoming a person. A Therapist's view of Psychotherapy*, Houghton Miffin Company, Boston
- **Rogers, C.** (reprinted 1965, 1973, 1979, 1981, 1986, 1987), *Client-centered therapy. Its current practice, Implications and theory*, Constable London
- **Ross, H.E., Glasser, F.B., Germanso, T.** (1988), *The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems*, Arch. Gen Psychiatry
- **Rutan, J.S., Stone, W.** (1984), *Psychodynamic group psychotherapy*, The Collamore Press, Lexington, MA
- **Sanders, P.** (1996), *First Steps in Counselling*, 2nd edition, PCCS Books, Ltd Ross- on-Wye, Llangarron
- **Satir, Virginia** (1964), *Conjoint Family Therapy*, Science and Behavior Books, Palo Alto, CA
- **Satir, Virginia** (1988), *The new peoplemaking*, Science ans Behavior Books, Palo Alto, CA
- **Satir, Virginia** (1995), *Therapie du couple et de la famille*, Desclee de Brouwer
- **Saunders, B., Allsop, S.** (1987), *Relapse: A psychological perspective*, British journal of Addiction, 82
- **Schachter, S., Singer, J.** (1962), *Cognitive, Social and Physiological Determinants of the Emotional State*, în *Psychological Review, 69*, 379-399.
- **Schatther, Courtney R.** (1981), *Drama in Therapy*, Drama Book Specialists (Publishers), New York
- **Schützenberger, Anne Ancelin** (1993), *Aïe, mes aïeux!*, La Meridienne, Desclee de Brouwer, Paris
- **Schwartz, D.** [1999](2000), *Toți bărbații sunt măgari până la proba contrarie*, Editura Vremea, București
- **Seaerles, H.** (1973), *Concerning therapeutic symbiosis*, Annals of Psychoanalysis, 1, 247-262.

• **Moreau, A.** (1998), *Defrichez votre passe,* Nauwelaerts Editions, Beauvechain, Belgique

• **Moreau, A.** (1999), *Putere, Autonomie, Vindecare*, Editura Astrobios, Bucureşti

• **Mueller, S.R., Suffer, B.H., Prengaman, T.P.** (1982), *A short -term intensive treatment program for the alcoholic*, The Interantional Journal of Addictions, 17(6), 931-941.

• **Munteanu, Anca** (2002), *Terapia psihanalitică freudiană*, Editura SPER, Bucureşti

• **Muro, J., Kottman, T.** (1995), *Guidance and Counseling in the Elementary and Middle Scools, A Practical Approach*, Brown & Benchmark Publishers, Madison, Wisconsin, Dubuque, Iowa

• **Nedelcea, C.** (1999), *Despre rezistență și anxietate, o viziune experiențială,* în *Revista de Psihoterapie Experiențială,* nr. 7, Bucureşti

• **Nedelcea, C., Dumitru, Paula** (1999), *Optimizarea comportamentului profesional, între educație și psihoterapie*, Editura SPER, Bucureşti

• **Neuburger, R.** (1988), *L'irrationel dans le couple et la famille*, ESF, Paris

• **Neuburger, R.** (1989), *Le mythe familial*, ESF, Paris

• **Niculae, Ioana** (2003), *Abordarea psihoterapeutică individuală în toxicodependență*, în Mitrofan, Iolanda (coord.), *Terapia toxicodependenței. Posibilități și limite*, Ed. SPER, Bucureşti

• **Oakley, R., Charles, K.** (1999), *Drugs, Society and Human Behavior*, Eight edition, WCB/ Mc Graw- Hill

• **Ormont, L.** (1992), *The group therapy experience*, St. Martin's Press, New York

• **Ormont, L.** (1993), *Resolving resistances to immediacy in the group setting*, International Journal of Group Psychotherapy, 43, 399-418.

• **Pascal, M.** (2001), *Arta de a fi mereu împreună*, Editura Axel Springer, Bucureşti

• **Patterson, Vicki** (1998), *Drug Training*, Tavistock Routledge

• **Pease, A., Pease, Barbara** [1999](2001), *De ce bărbații se uită la meci și femeile se uită în oglindă*, Editura Curtea Veche, Bucureşti

• **Perls, F.** (1969), *Gestalt Therapy Verbatim*, Moab U.T. Real People Press

• **Perls, F., Hefferline, E.R., Goodman, P.** (1965), *GESTALT THERAPY - Excitement and Growth in the Human Personality*, Delta Book, New York

• **Pizzo, C., Seldes, R., Gerstman, B.** (1998), *What men what*, Harper Collins Publishers

• **Popescu-Neveanu, P.** (1978), *Dicționar de psihologie*, Editura Albatros, Bucureşti

• **Porot, A., Porot, M.** (1999), *Toxicomaniile,* Editura Ştiinţifică, Bucureşti

• **Potschka-Lang, Constanze** (2001), *Constellations familiales: guerir le transgenerationel*, Le Souffle d'Or

• **Weinberger, J.** (1976), *Why do alcoholics deny their problem?*, Hazelden, Center City, MN

• **Whitaker, C.** (1998), *Les rêveries d'un thérapeute familial*, ESF, Paris

• **Whitaker, C.A., Malone, T.P.** (1953), *The roots of psychotherapy*, Blakiston, New York

• **Y Gasset, O.** [1991](1995), *Studii despre iubire*, Editura Humanitas, București

• **Zinker, J.** (1976), *Creative Proceses in Gestalt Therapy*, Bruner & Mazel Publishers, New York

• **Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Prata, G.** (1980), *Paradoxe et contre-paradoxe*, ESF

• **Seywert, F.** (1990), *L'evaluation systemique de la famille*, PUF, Paris

• **Sigall, H., Landy, D.** (1973), *Radiating Beauty Effects of Having a Physically Attractive Partner on Person Perception*, în *Journal of Social Psychology, 28,* 218-224.

• **Simpson, J., Campbell, B., Berscheid, E.** (1986), *The association between Romantic Love and Marriage: Kephart (1967) twice Re-visited*, în *Personality and Social Psychology, 12,* 363-372.

• **Stancu, Ioana** (2005), *Mic tratat de consiliere psihologică şi şcolară,* Editura SPER, Bucureşti

• **Stănescu, Maria Liana** (2003), *Introducere în consilierea psihologică,* Arvin Press

• **Stoica, Cristina Denisa** (2002), *Relaţii-capcană în familia toxicomanului,* Ed. SPER, Bucureşti

• **Surkis, A.** (1989), *The group therapist's quandary: To lead or to treat?,* workshop presented at Tenth International Congress of Group Therapy, Amsterdam

• **Tesser, A., Paulhus, D.** (1976), *Toward a casual model of love*, în *Journal of Personality and Social Psychology, 34,* 1095-1105.

• **Tian, Dayton P.D.** (1994), *The Drama Within – Psychodrama and Experiential Psychotherapy*, Deerfield Beach, Health Communications Inc.

• **Tisseron, S.** (1992), *La honte, la psychanalyse d'un lien social*, Dunod, Paris

• **Tisseron, S.** (1999), *Nos secrets de famille*, Ramsay, Paris

• **Tisseron, S., Torok, Maria, Rand, N., Nachin, C., Hachet, P.** (1995), *Le psychisme à l'épreuve des generations (Clinique du fantôme)*, Dunod, Paris

• **Tomşa, Gh.** (1999), *Consilierea şi orientarea în şcoală,* Casa de Editură şi Presă Viaţa Românească, Bucureşti

• **Vannicelli, M.** (1988), *Group therapy aftercare for alcoholic patients*, International Journal of Group Psychotherapy, 41, 295-312.

• **Wallace, J.** (1978), *Working with the preferred defense structure of the recovering alcoholic*, în Zimberg, S., Wallace, J., Blume, S. (Eds.), *Practical approaches to alcoholism psychotherapy (19-29)*, Plenum Press, New York

• **Washton, A.M.** (1992), *Structured outpatient group therapy with alcohol & substance abusers*, în Lowinson, J., Ruiz, P., Millman R. (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook*, Williams & Wilkens, Baltimore, MD

• **Watzlawick, P.** (1976), *La realité de la realité*, Editions du Seuil, Paris

• **Watzlawick, P., Beavin Helmick J., Jackson, Don D.** (1972), *Une logique de la communication*, Editions du Seuil, Paris

• **Watzlawick, P., Weakland, J., Fish, R.** (1975), *Changements-paradoxes et psychotherapie*, Editions du Seuil, Paris

În Editura SPER au apărut:

1. Iolanda Mitrofan, Adrian Nuță, Jocurile conștienței sau Terapia Unificării: repere pentru o nouă psihoterapie experiențială, Editura SPER, colecția Caiete Experiențiale, 1999, 134 pagini, ISBN 973-99221-0-4
2. Cătălin Nedelcea, Paula Dumitru, Optimizarea comportamentului profesional, între educație și psihoterapie, Editura SPER, colecția Caiete Experiențiale, 1999, 150 pagini, ISBN 973-99221-1-2
3. Adrian Nuță, Analize Experiențiale (Cum l-am lichidat pe Buddha), Editura SPER, colecția Caiete Experiențiale, 1999, 143 pagini, ISBN 973-99221-2-0
4. Adrian Nuță, Ascultând cu a treia ureche. Reflecțiile unui terapeut experiențialist, Editura SPER, colecția Caiete experiențiale, 1999, 142 pagini, ISBN 973-99221-3-9
5. Iolanda Mitrofan și colab., Orientarea Experiențială în Psihoterapie. Dezvoltare personală, interpersonală și transpersonală, Editura SPER, colecția Alma Mater, 2000, 373 pagini, ISBN 973-99221-4-7
6. Adrian Nuță, Inter-realitatea. Psihoterapie și spectacol dramatic, Editura SPER, colecția Caiete Experiențiale, 2000, 136 pagini, ISBN 973-99221-5-5
7. Adrian Nuță, Secrete și jocuri psihologice. Analiză tranzacțională, Editura SPER, colecția Caiete experiențiale, 2000, 162 pagini, ISBN 973-99221-6-3
8. Adrian Nuță, Analize psihologice. Oceanul din picătura de apă, Editura SPER, colecția Caiete Experiențiale, 2001, ISBN 973-99221-7-1
9. Adrian Nuță, Inocență și închipuire. Psihologia relației de cuplu, Editura SPER, colecția Caiete Experiențiale, 2001, 187 pagini, ISBN 973-99221-8-X
10. Iolanda Mitrofan și colab., Psihopatologia, psihoterapia și consilierea copilului – abordare experiențială, Editura SPER, colecția Alma Mater, 2001, 360 pagini, ISBN 973-99221-9-8
11. Angela Ionescu, Psihoterapia existențială: confruntarea cu preocupările ultime ale existenței ca modalitate de dezvoltare și maturizare personală, Editura SPER, colecția Caiete Experiențiale, 2001, 118 pagini, ISBN 973-85329-0-6
12. Laurențiu Mitrofan, Prietenia, o cale de dezvoltare și maturizare a personalității, Editura SPER, colecția Caiete Experiențiale, 2001, 154 pagini, ISBN 973-85329-1-4
13. Lucian Radu-Geng, Cristian Ciupercă, Manipularea gândirii și comportamentului. Profeții care se autoîmplinesc, Editura SPER, colecția Caiete Experiențiale, 2001, 220 pagini, ISBN 973-85329-2-2
14. Iolanda Mitrofan, Diana Lucia Vasile, Terapii de familie, Editura SPER, colecția Alma Mater, 2001, 250 pagini, ISBN 973-85329-3-0
15. Elena Anghel, Dezvoltarea personală a copiilor, Editura SPER, 2001, ISBN 973-85329-4-9
16. Elena Vladislav, Ce este psihoterapia copilului?, Editura SPER, 2001, ISBN 973-85329-5-7

17. Cristian Ciupercă, Copiii viitorului sau viitorul copiilor, Editura SPER, 2001, ISBN 973-85329-6-5
18. Iolanda Mitrofan, Terapia experiențială de familie, Editura SPER, 2001, ISBN 973-85329-7-3
19. Iolanda Mitrofan, Terapia comunicațională de familie, Editura SPER, 2001, ISBN 973-85329-8-1
20. Iolanda Mitrofan, Terapia integrativă de familie, Editura SPER, 2001, ISBN 973-85329-9-X
21. Iolanda Mitrofan, Terapia multiplă de familie, Editura SPER, 2001, ISBN 973-85330-0-7
22. Iolanda Mitrofan, Terapia narativă de familie, Editura SPER, 2001, ISBN 973-85330-1-5
23. Iolanda Mitrofan, Terapia sistemică de familie, Editura SPER, 2001, ISBN 973-85330-2-3
24. Iolanda Mitrofan, Terapia strategică de familie, Editura SPER, 2001, ISBN 973-85330-3-1
25. Iolanda Mitrofan, Terapia structurală de familie, Editura SPER, 2001, ISBN 973-85330-4-X
26. Iolanda Mitrofan, Terapia transgenerațională de familie, Editura SPER, 2001, ISBN 973-85330-5-8
27. Geanina Cucu Ciuhan, Devierile comportamentale la copii, Editura SPER, 2001, ISBN 973-85330-6-6
28. Petruța Daniela Coman, Ce se întâmplă cu adolescenții abuzați, Editura SPER, 2001, ISBN 973-85330-7-4
29. Iolanda Mitrofan, Ce este psihopatologia și psihiatria copilului, Editura SPER, 2001, ISBN 973-85330-8-2
30. Iolanda Mitrofan, Meditații creative. Metaforă transfiguratoare și conștiință extinsă, Editura SPER, colecția Caiete Experiențiale, 2001, 156 pagini, ISBN 973-85330-9-0
31. Iolanda Mitrofan, Doru Buzducea, Psihologia pierderii și terapia durerii, Editura Albedo, 1999, 194 pagini; reeditare revizuită și adăugită, Editura SPER, colecția Caiete Experiențiale, 2002, 202 pagini, ISBN 973-8383-10-2
32. Iolanda Mitrofan, Cristian Ciupercă, Psihologia și terapia cuplului, Editura SPER, colecția Caiete Experiențiale, 2002, 184 pagini, ISBN 973-8383-11-0
33. Anca Munteanu, Terapia psihanalitică freudiană, Editura SPER, colecția Caiete Experiențiale, 2002, 96 pagini, ISBN 973-8383-12-9
34. Iolanda Mitrofan, Cristian Ciupercă, Psihologia vieții de cuplu – între iluzie și realitate, colecția Alma Mater, Editura SPER, 2002, 493 pagini, ISBN 973-8383-13-7
35. Cătălin Nedelcea, Introducere în programarea neuro-lingvistică. Instrument psihologic pentru dezvoltarea personală, Editura SPER, colecția Caiete Experiențiale, 2002, 200 pagini, ISBN 973-8383-14-5
36. Victor Badea, Marian E. Constantin, În umbra societății, Incursiune în viața persoanelor fără adăpost, Editura SPER, colecția Caiete Experiențiale, 2002, 140 pagini, ISBN 973-8383-15-3

37. Laurenţiu Mitrofan, Atracţia interpersonală sau Romeo şi Julieta în cotidian, Editura SPER, colecţia Caiete Experienţiale, 2002, 184 pagini, ISBN 973-8383-16-1
38. Adrian Nuţă, Psihologia comunicării în cuplu, Editura SPER, colecţia Caiete Exprienţiale, 2002, 162 pagini, ISBN 973-8383-17-X
39. Adrian Nuţă, Suprafaţa şi adâncimile cuplului, Editura SPER, colecţia Caiete Experienţiale, 2002, 148 pagini, ISBN 973-8383-18-8
40. Cristina Denisa Stoica, Relaţii-capcană în familia toxicomanului, Editura SPER, colecţia Caiete Experienţiale, 2002, 155 pagini, ISBN 973-8383-19-6
41. Victor Badea (coord.), Asistarea persoanelor adulte fără adăpost, Editura SPER, colecţia Alma Mater, 2003, 183 pagini, ISBN 973-8383-00-5
42. Iolanda Mitrofan (coord.), Ioana Niculae, Denisa Cristina Stoica, Seramis Sas, Teodora Ciolompea, Liliana Dorobăţ, Robrecht Keymeulen, Terapia toxicodependenţei – posibilităţi şi limite, Editura SPER, 2003, 243 pagini, ISBN 973-8383-01-3
43. Tudos Ştefan, Generare şi regenerare psihologică. Principii, legităţi, soluţii, Editura SPER, 2003, ISBN 973-8383-02-1
44. Tudos Ştefan, Probleme psihosociale actuale în sportul de mare performanţă, Editura SPER, 2003, ISBN 973-8383-03-X
45. Tudos Ştefan, Perspective actuale în psihologia sportului. Modele şi soluţii, Editura SPER, 2003, ISBN 973-8383-04-8
46. Rodica Enache, O perspectivă psihologică asupra maternităţii, Editura SPER, colecţia Caiete Experienţiale, 2003, 187 pagini, ISBN 973-8383-05-6
47. Ella Ciupercă, Cristian Ciupercă, Individul şi lumea de lîngă el, Editura SPER, colecţia Caiete Experienţiale, 2003, 135 pagini, ISBN 973-8383-06-4
48. Adrian Nuţă, Psihoterapeutul de buzunar, Editura SPER, colecţia Anim, 2003, 173 de pagini, ISBN 973-8383-07-2
49. Iolanda Mitrofan, Terapia Unificării – abordare holistică a dezvoltării şi a transformării umane, Editura SPER, colecţia Anim, 2004, 289 de pagini, ISBN 973-8383-08-0
50. Adrian Nuţă, Umbra. Polul întunecat al sufletului, Editura SPER, colecţia Anim, 2004, 173 pagini, ISBN 973-8383-09-9
51. Adrian Nuţă, Abilităţi de comunicare, Editura SPER, colecţia Caiete Experienţiale, 2004, 127 de pagini, ISBN 973-8383-20-X
52. Adrian Nuţă, Închisori invizibile. Reflacţiile unui psihoterapeut nonconformist, Editura SPER, colecţia Anim, 2004, 125 pagini, ISBN 973-8383-21-8
53. Laurenţiu Mitrofan, Elemente de psihologie socială, Editura SPER, colecţia Alma Mater, 2004, 285 pagini, ISBN 973-8383-22-6
54. Victor Badea, Laurenţiu Mitrofan, Dimensiuni ale excluderii sociale, Editura SPER, colecţia Caiete Experienţiale, 2004, 150 pagini, ISBN 973-8383-23-4
55. Adrian Nuţă, Ghidul iluminării pentru leneşi, Editura SPER, colecţia Anim, 2004, 133 pagini, ISBN 973-8383-24-2

56. Ada Pârvan, Dublul şi diferenţa, Editura SPER, colecţia Alma Mater, 2004, 364 pagini, ISBN 973-8383-25-0
57. Ioana Stancu, Mic tratat de consiliere psihologică şi şcolară, Editura SPER, colecţia Caiete Experienţiale, 2005, 170 pagini, ISBN 973-8383-26-9
58. Adrian Nuţă, Comunicarea: chipuri, umbre şi măşti, Editura SPER, colecţia Caiete Experienţiale, 2005, 181 de pagini, ISBN 973-8383-27-7
59. Iolanda Mitrofan, Denisa Cristina Stoica, Analiza transgeneraţională în Terapia Unificării: o nouă abordare experienţială a familiei, Editura SPER, colecţia Anim, 2005, 308 pagini, ISBN 973-8383-28-5
60. Iolanda Mitrofan, Augustina Ene, Ne jucăm învăţând... învăţăm jucându-ne! Dezvoltare personală asistată de calculator, în grup experienţial, Editura SPER, colecţia Caiete Experienţiale, 2005, 148 pagini, ISBN 973-8383-29-3
61. Iolanda Mitrofan, Adrian Nuţă, Consilierea psihologică: cine, ce şi cum?, Editura SPER, colecţia Caiete Experienţiale, 2005, 200 pagini, ISBN 973-8383-30-7
62. Adrian Nuţă, Despre iubirea nonposesivă şi exuberantă, Editura SPER, colecţia Anim, 2005, 96 pagini, ISBN 973-8383-31-5
63. Ion Cosmovici, Cinci minute la o cafea. Eseu despre intimitatea postmodernă, Editura SPER, colecţia Caiete Experienţiale, 2005, 139 pagini, ISBN 973-8383-32-3
64. Adrian Nuţă, Calea Vrăjitorului. Metodologia relaxată a revelării Sinelui, Editura SPER, colecţia Anim, 2006, 132 pagini, ISBN 973-8383-33-1
65. Adrian Nuţă, Psihologia cuplului, Editura SPER, colecţia Alma Mater, 2006, 200 pagini, ISBN 973-8383-34-X
66. Geanina Cucu-Ciuhan, Eficienţa psihoterapiei experienţiale la copilul hiperkinetic (studiu clinic de validare), Editura SPER, colecţia Alma Mater, 2006, 227 pagini, ISBN 973-8383-35-8
67. Adrian Nuţă, Infinitul mic, iubindu-l pe cel Mare, Editura SPER, colecţia Anim, 2007, 172 pagini, ISBN 978-973-8383-36-4
68. Adrian Nuţă, Mai mult de 10%. Unitatea verticală a creierului, Editura SPER, colecţia Anim, 2007, 147 pagini, ISBN 978-973-8383-37-1

* **Revista de Psihoterapie Experienţială** (*Journal of Experiential Psychotherapy, Revue de Psychotherapie Experiencielle*), **nr. 1 – 40** – fondată în 1997, apariţie trimestrială; acreditată de acreditată de Consiliul Naţional al Cercetării Ştiinţifice din Învăţământul Superior (CNCSIS), categoria B

